12

LES

TUMEURS VÉGÉTANTES DE L'OVAIRE

PAR

A. WACQUEZ

Docteur en médecine de la Faculté de Paris
Lauréat de la Faculté libre de médecine de Lille, 1885-86, 1886-87
Ancien préparateur de physiologie
Ancien interne des hôpitaux de Lille
Interne à la Maternité Sainte-Anne
Membre adjoint de la Société anatomo-clinique de Lille

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1890

LES
TUMEURS VÉGÉTANTES DE L'OVAIRE

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

LES

TUMEURS VÉGÉTANTES DE L'OVAIRE

PAR

A. WACQUEZ

Docteur en médecine de la Faculté de Paris
Lauréat de la Faculté libre de médecine de Lille, 1885-86, 1886-87
Ancien préparateur de physiologie
Ancien interne des hôpitaux de Lille
Interne à la Maternité Sainte-Anne
Membre adjoint de la Société anatomo-clinique de Lille

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1890

LES

TUMEURS VÉGÉTANTES DE L'OVAIRE

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux de pouvoir rendre ici un public et reconnaissant hommage à notre très honoré et cher maître M. le professeur Duret. C'est à lui que nous devons notre éducation chirurgicale, c'est dans son service, durant notre internat que nous avons recueilli nos observations, c'est guidé par ses conseils que nous avons élaboré le plan de cette étude.

Nos remerciements s'adressent aussi à M. le professeur Desplats qui durant les deux années que nous avons passées avec lui nous a donné mille preuves de sa bienveillante sollicitude.

M. le professeur Augier avec beaucoup de bonne grâce s'est mis à notre disposition pour les examens histologiques que nécessitait notre thèse inaugurale. Nous avons profité maintes fois de ses judicieux conseils.

M. le professeur Duplay a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous le prions d'agréer l'expression de notre vive reconnaissance.

INTRODUCTION

Les nombreuses laparotomies pratiquées dans ces dernières années ont fait connaître des variétés ou espèces pathologiques de tumeurs de l'ovaire qui ne sont pas complètement décrites par les auteurs.

C'est une de ces variétés dont nous nous proposons de tracer l'esquisse clinique ; nous croyons que ce doit être là le but des études pathologiques de l'avenir quand il s'agira des tumeurs de l'ovaire.

Ces tumeurs sont distinctes des kystes uniloculaires et multiloculaires, et diffèrent des tumeurs solides proprement dites de l'ovaire, telles que sarcomes, enchondromes, etc. Elles se présentent sous deux formes anatomiques lorsqu'on les étudie sans le secours du microscope, tantôt les végétations constituent à elles seules toute la tumeur, il ne reste pas trace de la petite cavité kystique primitive et l'ovaire est transformé en une masse végétante ; tantôt les végétations nombreuses et abondantes sont implantées à la surface et à l'intérieur d'un kyste de volume variable, mais ordinairement beaucoup moindre que celui des kystes ovariques ordinaires.

En général les deux ovaires sont envahis en même temps par les végétations néoplasiques.

La première pensée qui vient à l'esprit de l'observateur est qu'il s'agit dans l'un et l'autre cas de cancers végétants de l'ovaire, épithéliomes ou papillomes, d'autant plus que dans la grande majorité des cas on voit survenir à bref délai la généralisation. Il faut cependant établir des degrés dans la malignité, car au début, quand la dégénérescence cancéreuse n'est pas survenue, *certaines* de ces tumeurs jouiraient d'une relative bénignité. Dans un cas observé par nous dans le service de M. le professeur Duret, une ovariotomie pratiquée pour une double tumeur végétante des ovaires, chez une femme de 25 ans, a été suivie de succès, et après 32 mois la récidive n'est pas survenue et la santé est au suprême degré florissante.

Nous étudierons du mieux qu'il nous sera possible ces tumeurs végétantes kystiques ou non kystiques, en nous attachant surtout à l'étude de la végétation qui donne à ces tumeurs une physionomie clinique spéciale, un pronostic presque toujours grave et qui entraîne des conséquences thérapeutiques spéciales.

Nous savons que MM. Malassez et de Sinety, M. Poupinel ont envisagé la structure et la généralisation de ces tumeurs, que M. Sebileau a très bien étudié l'ascite qui accompagne presque toujours ces néoplasmes, toutefois l'aspect clinique particulier de ces sortes de tumeurs nous a décidé à en faire une étude spéciale, en effet tandis qu'après ouverture de l'abdomen dans le cas de kyste ovarique on tombe immédiatement sur celui-ci, dans le cas de tumeurs végétantes au contraire la laparotomie donne issue à du liquide ascitique souvent abondant et c'est dans le petit bassin qu'on trouve une ou deux tumeurs kystiques ou non mais végétantes et ressemblant absolument à des choux-fleurs. Bien que la conduite du chirurgien aboutisse dans les deux cas à l'extirpation, la physionomie clinique des deux affections est si différente au moment de l'opération que nous avons cru utile d'essayer une description spéciale des tumeurs végétantes de l'ovaire.

En raison du soin que nous avons mis à recueillir la plupart des observations connues et suffisamment détaillées, eu égard aux difficultés inhérentes au sujet lui-même, on voudra bien être indulgent pour notre modeste tentative et l'excuser en raison de l'effort tenté pour jeter quelque lumière dans cet ensemble pathologique encore si complexe des tumeurs de l'ovaire.

CHAPITRE PREMIER

Nature et variétés des végétations observées dans les kystes de l'ovaire.

A l'état normal les kystes ovariques sont constitués par une enveloppe conjonctive tapissée à l'extérieur par un épithélium plat, à l'intérieur par un épithélium cubique, cylindrique, en couche simple ou stratifié. Que ces éléments constituants, épithélium et paroi fibreuse entrent en activité, qu'ils prolifèrent et végètent, l'on aura ces tumeurs kystiques hérissées de papilles que l'on désigne sous le nom de *végétations*.

Les végétations ont un aspect macroscopique assez variable. Les unes sont isolées, du volume d'un grain de millet à celui d'un pois, sessiles ou pédiculées, à surface lisse ou granuleuse, mamelonnée. D'autres se présentent sous forme de plaques plus ou moins saillantes, d'amas volumineux ayant l'apparence d'un chou-fleur, et parfois creusés de cavités kystiques; leur surface est irrégulière et dendritique le plus souvent; on peut les considérer comme résultant de la réunion d'un grand nombre de petites végétations parfois mollasses, friables, d'aspect encéphaloïde, parfois au contraire dures, fibreuses et semblables aux papillomes.

« La couleur et la consistance de leur tissu présentent également de grandes variétés. Tantôt transparentes à la façon des môles hydatiformes, tantôt rouges et charnues à la façon des fongosités, elles sont d'autres fois blanc-grisâtre et fibreuses comme les papillomes vasculaires, comme des angiomes ou enfin d'aspect glandulaire, présentant même des petits kystes à la façon des polypes glandulaires. Ces différentes formes macroscopiques de végétations peuvent s'observer à côté les unes des autres sur une même pièce, quoique le plus souvent un certain type prédomine (1). »

(1) Malassez et de Sinéty. *Arch. de phys.*, 1879, p. 647.

En un mot les végétations peuvent exister sur les parois des kystes ovariques comme à la surface des tumeurs kystiques, elles peuvent siéger à la face externe et faire saillie dans la cavité péritonéale ou bien tapisser la face interne. Elles peuvent affecter des dispositions diverses, être rares ou nombreuses, simples ou ramifiées. Leur volume est quelquefois tellement considérable qu'elles remplissent presque complètement la cavité où elles se trouvent. Leur présence caractérise les kystes végétants, les kystes papillomateux ou papillomes des ovaires.

Au point de vue histologique on peut diviser avec MM. Malassez et de Sinéty (1) les végétations en deux groupes : 1° les unes purement conjonctives ; 2° les autres mixtes avec néoformations épithéliales.

1° *Végétations conjonctives.* — Le stroma conjonctif des kystes peut se développer isolément et parfois d'une façon considérable ; si les parois fibreuses augmentent considérablement d'épaisseur par développement de tissu conjonctif et si cette activité néoformative aboutit à la formation de végétations papilliformes composées de tissu connectif aux diverses phases de son évolution, on aura des végétations sarcomateuses fibro-sarcomateuses, conjonctives, colloïdes et vasculaires. Dans les végétations *sarcomateuses* les éléments cellulaires jeunes arrondis prédominent, dans les *fibro-sarcomateuses* on trouve des cellules fusiformes allongées mêlées aux éléments arrondis ; dans ce cas les parties périphériques de la végétation sont habituellement plus sarcomateuses et les parties centrales plus fibreuses. D'autres fois la végétation est constituée essentiellement de tissu conjonctif pur à l'état adulte et tapissée par l'épithélium du kyste ovarique ; ces végétations purement *conjonctives* sont rares.

Il n'en est pas de même des *végétations colloïdes* qui sont transparentes, au point d'être prises pour des kystes pédiculés ; elles sont constituées par une substance interstitielle plus ou moins abondante, transparente, parfois granuleuse ; les granulations sont quelquefois disposées en série. Au milieu de cette substance on distingue des fibrilles conjonctives s'entre-croisant en divers sens, des cellules munies de prolongements s'anastomosant les unes avec les autres ;

(1) MALASSEZ et DE SINÉTY. *Arch. de phys.*, 1879, p. 650 et suiv.

ces cellules étoilées existent soit à la surface des travées conjonctives, soit libres au milieu de la substance amorphe; quelques-unes sont parfois en dégénérescence muqueuse ou graisseuse. On trouve encore dans la substance myxomateuse des globules blancs, des cellules lymphatiques et des capillaires, les uns parcourant les travées fibreuses, les autres soutenus seulement par quelques fibrilles conjonctives. Riches en substance fondamentale, pauvres en fibrilles conjonctives, en cellules et en vaisseaux, les *végétations colloïdes* sont encore désignées sous le nom de faux kystes.

Il est difficile de dire comment se forme la substance muqueuse; c'est un produit interstitiel plasmique dont l'origine nous échappe.

Les végétations complètement *myxomateuses* sont rares, souvent l'extrémité de la végétation est seule myxomateuse, le reste est fibro-sarcomateux, la substance interstitielle disparaissant peu à peu tandis que les fibrilles et les cellules conjonctives augmentent.

Certaines végétations présentent dans leur intérieur un appareil vasculaire complet (1) analogue aux anses vasculaires propres aux papilles du derme ou des muqueuses; ces végétations constituent alors de véritables *papillomes* : si l'élément vasculaire prend un développement considérable la végétation revêt une *forme angiomateuse*. Enfin toutes ces végétations de quelque nature qu'elles soient, mais surtout les papillaires, ont souvent une tendance à la *crétification*, marquée par un dépôt de corps semblables aux *psammômes*.

Dans nos observations nous avons trouvé six cas où cette infiltration calcaire est nettement mentionnée, mais aucun n'est plus net que celui de Flaischlen où les masses épithéliales étaient infiltrées de matière calcaire, ce qui donnait à la coupe la sensation d'un corps graveleux.

Toutes ces végétations qui sont à base de tissu conjonctif sont tapissées par un revêtement épithélial dont les cellules sont le plus souvent cylindriques. Tantôt les cellules sont courtes, tantôt au contraire elles sont très allongées, fusiformes, pédiculées ; quelques-unes de ces cellules sont parfois pourvues de cils vibratiles. Au milieu de cet épithélium on rencontre parfois des cellules épithéliales métatypiques qui recouvrent à elles seules les végétations ou bien sont

(1) Hugo-Coblentz. Die papillaren adeno-kystomformen, ein Bereicht der inneren weiblichen Sexualorgane und ire Behandlung. (*Zeits. f. Geburts u. Gynæk.* Band VII. Heft 1.)

disséminées au milieu des autres éléments dont elles dépassent le niveau. En résumé dans ces végétations conjonctives la production épithéliale est tout à fait secondaire et se borne à recouvrir la néoformation surtout lorsque celle-ci est lisse en forme de champignon ; elle est plus importante lorsque la végétation est mamelonnée, lobulée, disposée en chou-fleur. On touche alors aux formes mixtes.

2e *Végétations mixtes.* — Au lieu de jouer un simple rôle de revêtement, l'épithélium bourgeonne ; de sa surface on voit naître des enfoncements en doigts de gants ou des prolongements épithéliaux de forme variée qui pénètrent peu à peu dans l'épaisseur du stroma conjonctif. Les plus simples ont la forme de capsules, de dés à coudre, de doigts de gant, ce qui les fait ressembler à des glandes en tube. D'autres pénétrant plus profondément se ramifient comme les conduits excréteurs d'une glande en grappe ou s'anastomosent en réseau. Ces tubes glandulaires se dilatent en certains points, se rétrécissent en d'autres et forment des cavités épithéliales de forme et de volume très variables. Lorsque les cavités sont petites la végétation a une apparence adénoïde ou encéphaloïde selon que le tissu conjonctif est plus ou moins abondant. Lorsqu'elles sont visibles à l'œil nu les végétations prennent la forme vésiculaire, aréolaire ou franchement kystique. Ces kystes secondaires peuvent se séparer complètement de la cavité mère ou conserver avec elles une communication fort petite.

Le bourgeonnement du revêtement épithélial aboutit donc à la présence dans le stroma de masses épithéliales tubulées comme les canalicules d'une glande, et à la formation de kystes secondaires. C'est ainsi que se constituent les *végétations glandulaires* ou *adénoïdes.*

La présence des bourgeons creux épithéliaux émanés de la tunique épithéliale des kystes caractérise les kystes proliférants glandulaires ou les kystes composés de Paget, par opposition aux kystes végétants papillaires (Waldeyer).

Dans d'autres cas l'épithélium de revêtement manifeste son activité par la production de bourgeons épithéliaux pleins. Si ces masses épithéliales sont nombreuses et très développées elles donnent à la tumeur tous les caractères microscopiques des carcinomes. Macroscopiquement ces néoformations se présentent soit sous la forme *encépha-*

loïde lorsque les cellules dominent, soit, ce qui est plus rare, sous la forme de *squirrhe* lorsque c'est au contraire l'élément fibreux qui est plus abondant. Tel est le mode de production des *végétations carcinomateuses*. Cette dégénérescence cancéreuse des kystes peut prendre une extension telle qu'on croit avoir affaire à une tumeur presque complètement solide. Ces tumeurs présentent dans certains cas une effrayante malignité. (Ernst Cohn, 1886. Rev. de Hayem, p. 189.)

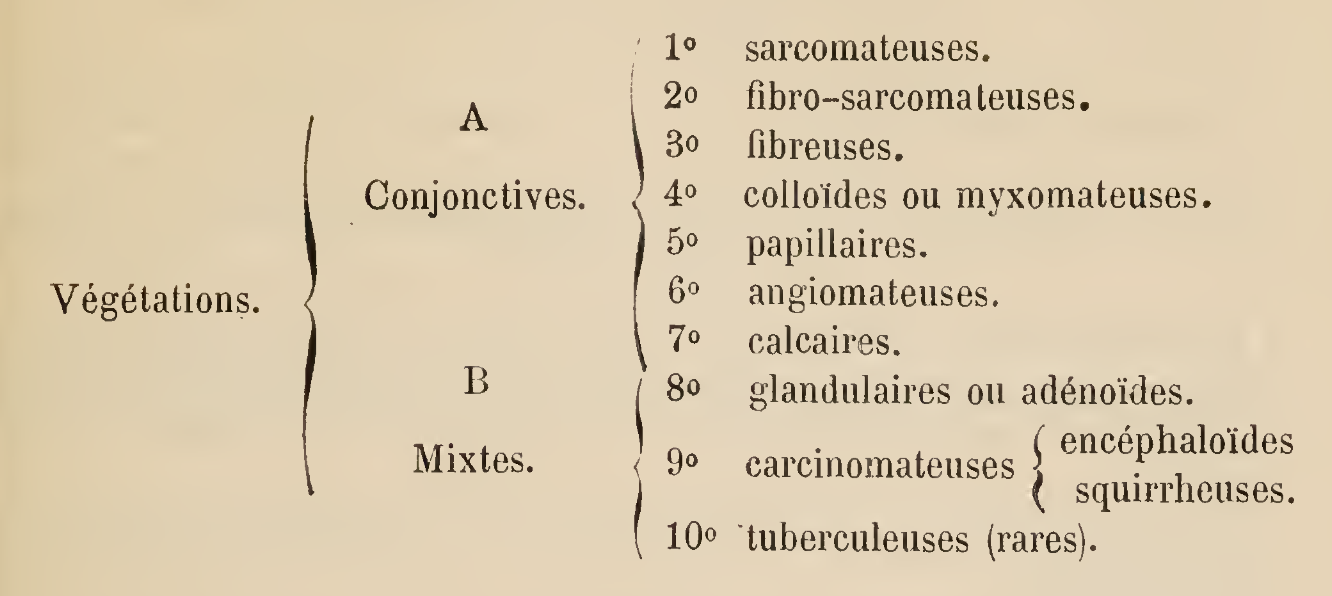
Dans un cas MM. Malassez et de Sinéty ont trouvé des granulations tuberculeuses dans les végétations (*végétations tuberculeuses*) extérieures d'un kyste. Ces néoformations étaient mixtes, c'est-à-dire présentaient un stroma conjonctif traversé de tubes épithéliaux et parsemé de cavités kystiques. Or, dans le tissu conjonctif situé entre les cavités épithéliales, il existait de grosses cellules granuleuses à un ou plusieurs noyaux ; la plupart étaient réunies en amas sphériques ou ovoïdes. Au centre de plusieurs de ces amas se trouvait une cellule géante.

Ces éléments ressemblaient complètement aux granulations du lupus scrofuleux ou de la phtisie laryngée, considérées comme caractéristiques de la tuberculose.

Pour simplifier cette étude nous avons envisagé séparément chaque variété de végétation, mais dans la nature les choses ne se présentent pas aussi simplement et le plus souvent ces tumeurs de l'ovaire sont extrêmement compliquées dans leur texture ; en certains endroits de leurs parois des végétations présentent l'aspect adénoïde, en d'autres l'apparence carcinoïde ; ailleurs elles ont une structure colloïde ; parfois même plusieurs de ces altérations se rencontreront à côté les unes des autres ou mieux encore sur la même végétation.

Ce n'est pas tout : en même temps que le stroma bourgeonne l'épithélium qui recouvre les bourgeonnements, prolifère, envoie dans le stroma des bourgeons creux ou pleins. En définitive les différentes parties constituantes d'une tumeur épithéliale de l'ovaire peuvent évoluer simultanément et également ou l'une de ces parties peut acquérir une certaine supériorité sur les autres. On peut ainsi interpréter la diversité d'aspect et de composition que présentent ces tumeurs.

Classification des végétations.



Végétations.

A. Conjonctives.
- 1° sarcomateuses.
- 2° fibro-sarcomateuses.
- 3° fibreuses.
- 4° colloïdes ou myxomateuses.
- 5° papillaires.
- 6° angiomateuses.
- 7° calcaires.

B. Mixtes.
- 8° glandulaires ou adénoïdes.
- 9° carcinomateuses { encéphaloïdes / squirrheuses.
- 10° tuberculeuses (rares).

Valeur séméiologique des végétations. — La présence des végétations à la surface des kystes ovariques comporte un processus plus actif de néoformation dans la tumeur qui en est le siège, elle signifie que les éléments constituants de la tumeur sont en pleine activité de développement (Poupinel). Les végétations peuvent s'observer dans toutes les variétés des kystes de l'ovaire. Mais pour une tumeur, donner naissance à des végétations est un signe d'activité néoformative et de puissante vitalité.

Cette puissante activité se traduit surtout par la propagation de proche en proche et la généralisation.

1° Les végétations *adénoïdes* ont une tendance moins grande à la généralisation ; dans ce cas les tumeurs secondaires siègent au voisinage des tumeurs primitives; elles sont superficielles, peu développées et se comportent à la façon des végétations vulvaires qui semblent s'inoculer d'une lèvre à l'autre ; leur malignité est toute locale, elles paraissent incapable de s'étendre en profondeur et de se généraliser.

2° Les tumeurs *carcinoïdes* et *colloïdes*, au contraire, s'étendent au loin, jusqu'à la plèvre et au sein (Poupinel) (1), elles sont plus volumineuses, plus profondément enracinées, gagnent jusqu'aux os du bassin ; elles ont, en un mot tous les caractères des tumeurs *franchement malignes*, ce sont de véritables *cancers* doués d'un processus à action sans cesse envahissante et destructive (2).

(1) POUPINEL *Annal. de Gynécologie*, janvier 1890.

(2) MALASSEZ et DE SINÉTY, *Arch. de physiol.*, p. 867, 1880.

OBSERVATIONS

La tumeur peut présenter en certains points l'infiltration calcaire.

Obs 1. — Flaischlen. *In Zeitschrift für geburtshielfe und gynækologie*, 1882.

Kyste papillaire de l'ovaire droit, dégénérescence carcinomateuse du kyste. Sur des coupes de la partie solide de la tumeur on trouve de nombreux amas épithéliaux de cellules glandulaires renfermés dans des alvéoles de tissu conjonctif.

Un grand nombre de ces amas épithéliaux sont complètement infiltrés de matière calcaire.

Ailleurs ce sont les végétations qui sont le siège de dépôt calcaire.

Obs. 2. — Lohlein. *Berlin. Klin. Wochen.*, 1879, p. 420. (Résumée).

F..., 49 ans. Kystes papillaires des deux ovaires. Tumeur gauche papillomateuse à végétations très vivaces. Tumeur droite présente plusieurs poches remplies de grosses végétations infiltrées de sels calcaires au point que parfois la poche kystique présente la consistance d'un sac rempli de gros sable humide.

Curieux exemple de végétations tuberculeuses.

Obs. 3. — Terrier. In th. Poupinel, p. 70. (Résumée.)

Malade de 22 ans. Tumeurs datant de deux ans. Ovariotomie. Masses polykystiques du volume d'une tête d'adulte. Végétations à la surface interne et à la surface externe des kystes. Dans plusieurs végétations on trouve disséminées dans le stroma de petits amas de cellules granuleuses, au milieu desquels se voit une cellule géante. Ces amas ressemblent aux granulations du lupus scrofuleux de la peau.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique des tumeurs végétantes de l'ovaire.

Après avoir étudié dans le chapitre précédent d'une façon didactique les diverses variétés de végétations et la constitution histologique de chacune d'elles nous allons envisager actuellement leur mode de groupement à l'intérieur et à la surface des kystes de l'ovaire. Nous n'avons pas la prétention de décrire des types classiques de ces kystes exclusivement composés de végétations glandulaires ou bien seulement de végétations papillaires. Au point de vue histologique Waldeyer a pu très bien distinguer des kystes proliférants glandulaires (kystoma proliferum glandulare) et des kystes proliférants papillaires (kystoma proliferum papillare) suivant que l'élément épithélium ou l'élément conjonctif prédomine par son développement ultérieur ; mais dans la nature les choses ne sont pas aussi simples et ces descriptions anatomiques ne correspondent pas aux types cliniques. Dans l'intérieur d'un même kyste ou à sa surface on peut rencontrer en même temps des productions glandulaires et des néoformations papillaires.— Ces deux éléments peuvent se combiner dans des proportions infiniment variables et donner lieu à des kystes végétants qui se présenteront sous des aspects et des formes excessivement nombreuses. Parfois même la prolifération est tellement abondante que la tumeur est presque exclusivement solide.

Nous essaierons pourtant de donner une description assez nette de l'aspect macroscopique que présentent :

1° Les kystes à végétations internes ;

2° Les kystes à végétations externes et internes.

3° Les tumeurs presque exclusivement solides et végétantes de l'ovaire.

Nous terminerons ce chapitre en parlant de l'ascite que détermi-

nent ces tumeurs, et de la généralisation qui en est la plus terrible conséquence.

I. — KYSTES A VÉGÉTATIONS INTERNES

Ce groupe de kystes peut présenter plusieurs variétés : ou bien les végétations internes sont exclusivement glandulaires et l'on a affaire aux kystes proliférants de Paget, ou bien des néoformations glandulaires et papillaires se rencontrent côte à côte dans la cavité du kyste.

A. — *Kystes à végétations internes glandulaires.* — Dans cette variété on trouve à la surface interne des loges kystiques une foule de petites végétations lisses, unies en passe de devenir des kystes. Ceux-ci proviennent des tubes glandulaires de nouvelle formation dont les orifices s'obstruent et se ferment tandis qu'à leur extrémité opposée qui se termine en cul-de-sac ils se dilatent et se distendent. Ces végétations glandulaires ont des formes et un volume très variables ; très petites et paraissant presque solides, elles sont situées à côté d'autres plus volumineuses, plus molles et présentant l'aspect de petits kystes séreux. Sur une coupe d'ensemble la tumeur est remarquable par l'abondance de matériaux solides qui la constituent, tandis que les cavités kystiques peuvent être très petites et parfois même nécessiter l'emploi du microscope pour être aperçues.

Cet aspect macroscopique est surtout l'apanage des kystes à végétations glandulaires complexes. Dans ce cas on trouve des productions endogènes *sessiles* et sphériques rappelant plus ou moins les caractères du kyste qui leur a donné naissance et une seconde forme de kystes *pediculés*, petits, en grappes et à parois minces (1).

On rencontre une foule d'autres végétations glandulaires, formes de transition entre les petits kystes simples, sessiles et les kystes complexes, pédiculés, arborescents.

Hunter a préparé un kyste type de la première forme. Large, avec des parois dures, épaisses, lamelleuses, ce kyste présente à sa surface interne beaucoup de petits kystes sessiles de différentes grosseurs et diversement groupés ; ceux-ci remplissent complètement la cavité du

(1) PAGET. *Lecture on surgical pathology*, p. 420.

kyste primitif; beaucoup d'entre eux sont sphériques ou déformés par une compression réciproque et dans l'intérieur de beaucoup d'entre eux on trouve des kystes de troisième ordre, mais à parois beaucoup plus minces. Ici les kystes endogènes proliférant à l'intérieur paraissent avoir rempli presque complètement la cavité du kyste primitif,parfois même ce remplissage est complet. D'autres fois il ne reste plus au milieu qu'un espace étroit limité par les kystes endogènes, implantés sur toute la paroi du kyste et s'accroissant en convergeant.

Dans le second type à kystes endogènes petits, à parois minces. pédiculés et en forme de grappes on voit la paroi interne complètement couverte par une couche épaisse et serrée de vésicules transparentes piriformes, pressées l'une contre l'autre et superposées; c'est là une variété simple de ce groupe dont les plus compliquées sont composées de kystes par milliers et groupés en de grandes masses dendritiques, verruqueuses qui remplissent presque complètement la cavité du kyste.

On trouve aussi des formes mixtes dans lesquelles le kyste primitif porte en un point des kystes membraneux sphériques ou ovoïdes, developpés dans l'épaisseur même de la paroi, au voisinage de la surface interne repoussée à l'intérieur où elle fait une légère saillie. En d'autres points de ce même kyste on trouve des groupes de petits kystes en forme de feuilles, suspendues à un pédicule mince.

A côté de ces mêmes végétations glandulaires ou bien sur un autre point de surface interne on peut rencontrer des végétations papillaires ou bien l'on ne rencontre que ces sortes de végétations, les formes glandulaires manquant.

B. — *Kystes à végétations internes papillaires.* — Tantôt la surface interne de ces kystes ne présente que quelques rares végétations verruqueuses, simples, disséminées, de faible volume; parfois ce sont des granulations extrêmement fines, tantôt au contraire la néoformation conjonctive prolifère activement et donne naissance à des excroissances papillaires très complexes, dichotomisées à l'infini et présentant une foule de découpures. Ces productions vont rapidement en augmentant et tandis que dans une poche kystique on ne rencontre que quelques fines végétations papillaires, dans une autre on trouve des amas de végétations serrées les unes contre les autres

au point de combler entièrement la cavité kystique. Dans d'autres kystes voisins la poche est rompue en plusieurs points, et les papilles font saillie à la surface sous la forme de choux-fleurs plus ou moins volumineux. La nature des choses nous amène ainsi à les étudier.

II. — KYSTES A VÉGÉTATIONS EXTERNES ET INTERNES

Les végétations externes ne seraient que l'irruption au dehors d'excroissances papillaires de la surface interne (Peaslee). Cette opinion est exagérée, car si les végétations internes sont plus fréquentes que les externes, il n'en est pas moins vrai que celles-ci peuvent exister sans rupture du kyste ; bien plus les auteurs ont rapporté quelques exemples où les végétations externes existaient seules. MM. Malassez et de Sinéty qui ont très bien étudié ces sortes de tumeurs ont toujours constaté l'existence ou bien des formations endogènes seules ou bien la présence simultanée des formations endogènes et exogènes ; ils n'ont jamais rencontré ces dernières isolément.

Les kystes à végétations internes et externes peuvent offrir un volume variable ; ils ont depuis la grosseur d'une mandarine, du poing, d'une tête de fœtus ou d'enfant jusqu'au volume des plus grands kystes de l'ovaire. Dans ces derniers, on ne rencontre, quand elles existent, que de très petites masses de végétations papillaires, sous la forme d'une petite mûre, d'une minuscule châtaigne, ou de petites papilles filiformes, mamelonnées et déchiquetées. Toutefois d'une façon générale les kystes sont plus petits ; la raison en est bien simple : c'est que le processus qui aboutit à la formation des grands kystes est un processus de simplification, tandis que la végétation est au contraire l'indice d'une complication de texture.

L'aspect macroscopique extérieur des kystes végétants dépend et du nombre et du volume de la nature des végétations extra-kystiques. Disséminées çà et là à la surface des kystes on trouve parfois des végétations glandulaires sous la forme de kystes séreux dont le volume varie depuis la tête d'une épingle jusqu'à celui d'un pois ou d'une noisette. On trouve ces formes de transition depuis la paroi interne, dans l'enveloppe kystique jusqu'à la surface externe.

Toutefois, c'est surtout les végétations papillaires que l'on ren-

contre à la surface des kystes ; elles ont un aspect villeux, dendritique, caverneux et présentent un volume qui varie entre celui d'une aiguille et la grosseur d'un œuf de poule et même des deux poings ; elles sont sessiles, simples, disséminées ou bien pédiculées, nombreuses et grosses au point de recouvrir entièrement toute la surface extérieure des kystes ovariens. Quand elles ont acquis ce développement elles présentent une apparence toute spéciale qui les a fait désigner sous le nom de végétations en chou-fleur.

Aucune comparaison ne pourrait mieux rendre l'aspect extérieur, la configuration complexe que présentent ces sortes de néoformations.

Nous avons dit précédemment que ces végétations pouvaient exister en même temps que les végétations papillaires internes sans rupture du kyste, mais qu'elles pouvaient aussi provenir des végétations endogènes qui rompaient la poche kystique.

Dans ce cas la surface d'implantation qui était d'abord concave et correspondait à la paroi interne du kyste prend bientôt une forme convexe et les excroissances semblent s'être développées à la surface externe de la tumeur.

Supposons que des végétations papillaires existent et se développent simultanément à la surface interne et à la surface externe d'un petit kyste, qu'arrivera-t-il ?

Tout d'abord la néoformation aura bientôt fait de combler la cavité kystique et pour peu qu'on tarde à extirper le néoplasme on aura de ces tumeurs solides essentiellement végétantes, en choux-fleurs que l'on désigne sous le nom clinique de papillomes.

III. — TUMEURS VÉGÉTANTES PRESQUE EXCLUSIVEMENT SOLIDES

Il existe une variété de carcinome primitif de l'ovaire qui affecte la forme du papillome ; dans ce cas la masse papillomateuse est entièrement et essentiellement solide, tandis que dans les papillomes résultant de la dégénérescence cancéreuse de kystes ovariques on peut souvent rencontrer une portion de la poche primitive. Nous avons dit plus haut que les masses végétantes intrakystiques trop volumineuses pour la poche qui doit les contenir rompent ces barrières, perforent les parois et font irruption au dehors sous formes de masses végétantes en chou-fleur ou de champignon qui peuvent acquérir un

volume considérable. Les végétations sont molles grisâtres, d'aspect encéphaloïde, pressées les unes contre les autres et dichotomisées à l'infini.

Dans son traité des « Maladies des organes génitaux de la femme », page 452, Schrœder donne une gravure qui représente admirablement l'aspect que présentent ces sortes de néoplasmes. L'ovaire droit est le siège d'un énorme papillome, l'ovaire gauche présente seulement quelques petites végétations ; quelques productions du même genre se rencontrent au niveau du péritoine voisin.

Les papillomes résultant de la dégénérescence des kystes de l'ovaire ne se rencontrent guère que chez les femmes qui sont dans la période de la vie génitale, par conséquent toujours après la puberté ; tandis que le carcinome primitif de l'ovaire à forme papillomateuse survient à tout âge et peut se montrer avant la puberté et chez l'enfant.

Nous avons dit plus haut que cette dernière forme est rare, aussi nous expliquons-nous cette phrase de M. Poupinel (1) : « Dans certains papillomes énormes de l'ovaire, ayant l'aspect de superbes choux-fleurs implantés sur l'un des ovaires ou plus souvent sur les deux les végétations externes peuvent, il est vrai, attirer toute l'attention, mais en y regardant de plus près on finit toujours par trouver au niveau des points d'implantation des choux-fleurs une ou plusieurs cavités kystiques plus ou moins considérables présentant toujours des végétations internes plus ou moins abondantes ; donc il n'y a pas de tumeurs végétantes solides non kystiques ».

Au point de vue anatomo-pathologique dans les kystes proliférants glandulaires le revêtement épithélial envoie dans le stroma des masses épithéliales tubulées comme les canalicules d'une glande (aspect adénoïde) ou des bourgeons épithéliaux pleins qui donnent à la tumeur tous les caractères microscopiques des carcinomes (aspect carcinomateux). Ces dernières tumeurs sont aussi malignes que tous les cancers, certains cas présentent une effrayante malignité (2).

Dans les kystes végétants papillaires et les papillomes le stroma conjonctif vasculaire se développe isolément et parfois d'une façon con-

(1) G. Poupinel. Remarques sur l'anat. path. et le pronostic des kystes mucoïdes de l'ovaire. Revue de chirurgie, 1887.

(2) Ernst Cohn. Les tumeurs de mauvaise nature de l'ovaire (*Zeitschrift für Geburtschilfe und Gynækologie*. Heft. 1.)

sidérable et donne naissance à des végétations papilliformes. Ces végétations d'après Coblentz présentent souvent un appareil vasculaire complet, ce sont de véritables papillomes.

« Toutefois cette séparation des kystes végétants glandulaires et papillaires ne peut s'appliquer à la description anatomo-pathologique du plus grand nombre des kystes de l'ovaire. Cette description peut rendre de grands services pour l'étude de l'évolution des tumeurs en question, mais en réalité les formes kystiques glandulaires ou papillaires pures sont tout à fait exceptionnelles.

« Le plus souvent un épithélioma kystique de l'ovaire est extrêmement compliqué dans sa texture. La constitution habituelle de la plus grande partie de la tumeur est celle des kystes mucoïdes ordinaires, mais en certains endroits de la paroi on trouve l'aspect adénoïde, en d'autres et souvent au voisinage des précédents l'aspect des coupes sera celui du carcinome et d'ordinaire les végétations ne seront pas purement conjonctives, leur structure sera mixte. »

« En définitive les différentes parties constituantes d'une tumeur épithéliale de l'ovaire peuvent évoluer simultanément et également, ou l'une de ces parties peut acquérir une certaine supériorité sur les autres. On peut ainsi interpréter la diversité d'aspect et de composition que présentent macroscopiquement et microscopiquement ces tumeurs » (1).

Histologiquement les tumeurs végétantes de l'ovaire sont des adénomes, des papillomes ou des carcinomes.

IV. — PROPAGATION. ASCITE. GÉNÉRALISATION

Les tumeurs végétantes de l'ovaire manifestent leur action néfaste de plusieurs façons : 1° par la production d'une ascite, cause de déperdition des albuminoïdes, d'amaigrissement sans parler des troubles mécaniques de toutes sortes qui peuvent en résulter ; 2° par la propagation des végétations de proche en proche ou la généralisation du néoplasme. Comment les tumeurs végétantes peuvent elles produire de l'ascite ?

(1) G. Poupinel. *Loc. cit.*

La pathogénie des ascites soulève un certain nombre de problèmes dont la solution n'est qu'imparfaitement connue. Certains auteurs admettent que les tumeurs du petit bassin peuvent exercer sur la veine cave et ses branches une compression capable de provoquer l'ascite. Cette théorie n'est applicable qu'à un certain nombre de cas assez rares. Pour d'autres la rupture des kystes ovariques serait la cause de l'épanchement péritonéal.

L'ascite liée à la présence de kyste de l'ovaire ne se développe ordinairement que si la paroi de ceux-ci est couverte de végétations externes. C'est là un fait clinique certain invoqué par M. Quénu. D'après lui les végétations externes sont comme les internes formées de véritables tubes épithéliaux, ce sont des pseudo-glandes qui sécrètent une substance qui se répand dans la cavité abdominale. Cette substance qui est colloïde provoque au niveau du péritoine des phénomènes d'osmose qui augmentent la quantité du liquide péritonéal. Il faut signaler aussi l'ascite produite par l'irritation péritonéale Cette théorie est admise par M. le professeur Duplay pour les cas ou la paroi externe du kyste est dégénérée, dépourvue d'épithélium ou recouverte de végétations. L'inflammation de la séreuse aurait les mêmes conséquences. Il y a des cas dit M. Terrilon (1) où la surface du péritoine viscéral et pariétal est rouge, tomenteuse. Dans ce cas le péritoine serait la cause principale de l'épanchement. Plusieurs théories ont été invoquées pour expliquer la production de l'ascite gélatineuse compliquant certaines tumeurs du petit bassin. Les uns veulent que le liquide soit engendré par le péritoine sous l'influence de l'irritation ou de l'inflammation chronique. D'autres prétendent que la substance colloïde n'est autre chose que le liquide ovarique tombé dans le péritoine à la suite de la rupture du kyste.

Pour d'autres enfin le pseudo-myxome du péritoine n'est autre chose qu'une sorte de métastase, la séreuse est atteinte de la même dégénérescence que l'ovaire et secondairement à lui. Quant à l'ascite hématique elle est due le plus souvent à la rupture des vaisseaux superficiels qui rampent sur les végétations épithéliomateuses du cancer et des kystes de l'ovaire. C'est pourquoi ce signe a toujours été considéré par les médecins et les chirurgiens comme un signe de malignité.

(1) Terrillon. *Bulletin Soc. Chirurgie*, 1885, p. 751.

Nous ne dirons qu'un mot de la pathogénie des ascites chyliformes. Ou bien le liquide est du chyle épanché par rupture des vaisseaux chylifères; ou bien du pus modifié et lentement transformé par liquéfaction des leucocytes en une émulsion grasse (Letulle). Ou bien enfin les graisses que contient le liquide viennent de la dégénération des cellules endothéliales de la séreuse ou de celles d'une tumeur abdominale.

Pour M. Lancereaux cette variété d'ascite serait due à la présence de la filaire du sang dans l'organisme.

Parallèlement à l'ascite les tumeurs végétantes de l'ovaire manifestent leur présence par la propagation aux organes du voisinage ou la généralisation à distance.

Cliniquement on constate que d'une façon générale les tumeurs secondaires adénoïdes siègent au voisinage des tumeurs primitives; leur malignité est toute locale.

Les tumeurs secondaires carcinoïdes et colloïdes s'étendent au contraire au loin jusqu'au poumon, la plèvre, ou le sein; elles sont plus profondément enracinées, plus volumineuses, ce sont de véritables cancers.

On peut se demander si les végétations externes exposent plus à la généralisation que les internes. Cohn formule les conclusions suivantes à ce sujet : « Au début et en somme tant que les papilles n'existent que sur la paroi interne les tumeurs sont anatomiquement bénignes et aussitôt qu'elles se montrent sur la paroi externe du kyste le péritoine court le danger d'infection ».

En résumé, dit Poupinel, qui a très bien étudié la généralisation des tumeurs épithéliales de l'ovaire, bien que l'on puisse voir survenir la généralisation de l'épithélioma dans le cas de kyste prolifère ordinaire, celle-ci est incomparablement plus fréquente lorsque dans la tumeur s'observent des productions adénoïdes, carcinomateuses ou colloïdes. La présence de ces productions dans une tumeur ovarique ne signifie qu'une chose, c'est que cet épithélioma est en pleine activité de développement et de ce fait porté à la généralisation. Comment se fait la généralisation ? La rupture des kystes dont nous avons parlé est la première étape dans cette voie fatale. Les végétations libres dans le péritoine déposent d'abord leur semence au voisinage, ce qui explique les cas nombreux où le péritoine pelvien est complètement tapissé de végétations; puis ces néoformations se

propagent au péritoine, à l'épiploon qu'elles infiltrent complètement, au diaphragme, à l'intestin, aux reins, à l'estomac, à la plèvre, aux poumons et jusqu'au sein. Des observations que nous rapporterons tout au long rendront mieux qu'une courte description les différentes étapes de ce drame lugubre.

Les végétations internes font irruption et commencent à se généraliser.

Obs. 4. —*Wolkmann's sammlung klinische Vorträge*, n° 109. In th. Poupinel, p. 57.

F., 40 ans. Papillomes des deux ovaires. 1 litre de liquide ascitique sanguinolent. Tumeur gauche, réniforme, du volume d'une tête d'enfant, à plusieurs loges dont quelques-unes rompues présentent des végétations en choufleur, saillantes dans la cavité péritonéale. Deux masses papillomateuses secondaires du volume d'une châtaigne et d'un pois dans l'épiploon. On énuclée ces noyaux secondaires et l'on enlève facilement les deux tumeurs ovariques. Guérison. L'opérée est perdue de vue ensuite. Hégar met hors de doute le développement ultérieur des noyaux papillomateux dans le péritoine et dans l'épiploon qu'il regrette de ne pas avoir réséqué.

KYSTES A VÉGÉTATIONS INTERNES ET EXTERNES AVEC GÉNÉRALISATIONS AU PÉRITOINE PELVIEN

Obs. 5. — Terrier. In th. Poupinel, p. 74. *Tumeur kystique formée par les deux ovaires. — Opération le* 7 *janvier* 1876. — *Femme de* 28 *ans. — Début depuis deux ans. — Mort par péritonite suppurée. — Examen anatomo-pathologique*, par M. Malassez. *Archiv. de physiologie*, 1880, p. 886.

Il y avait un kyste multiloculaire sur chaque ovaire et les deux kystes étaient réunis sur la ligne médiane. On trouvait des végétations à la face interne des loges et quelques-unes à la surface péritonéale du kyste. Les tumeurs secondaires siégeaient au niveau du péritoine pelvien sur l'utérus, les autres à la face antérieure du rectum.

Les végétations de la surface extérieure du kyste étaient constituées par un stroma partie fibreux, partie myxomateux présentant des petites cavités tubulaires et kystiques tapissées d'épithélium cylindrique dans l'intérieur desquelles s'étaient développées des végétations adénoïdes secondaires. Les végétations utérines et rectales avaient la même structure que les précédentes ; elles appartenaient toutes au type glandulaire adulte.

Obs. 6. — Goodell. *Obstetrical Society of Philadelphia*, 7 mai 1885. In th. Poupinel, p. 59.

Kyste ovarique droit pesant 20 livres, inclus dans le ligament large par sa partie inférieure. Végétations papillomateuses externes et internes très abondantes. Papillomes tapissant toute l'excavation. Guérison. Malignité probable.

Obs. 7. — Von Grunewald. *St-Petersburg med. Wochen.*, 1882, nº 30. In th. Poupinel, p. 57.

F., 28 ans. Kyste de l'ovaire gauche avec masses papillomateuses externes et internes. Production cancéreuse dans le petit bassin ; nombreux ganglions cancéreux. Ovaire droit kystique. Pas de généralisation lointaine. Opération incomplète. Mort 8 jours après.

Obs. 8. — Terrier. *Tumeur polykystique végétante de l'ovaire. 1re série d'ovariotomie. Rev. chir.*, 1882, t. II, p. 364.

M. C., 28 ans 1/2. 2 ponctions d'ascite abondante de 5 à 7 litres. Opération le 17 janvier 1876 après évacuation de 10 litres de liquide ascitique. Ablation d'une tumeur polykystique présentant sur quelques points des productions papillaires saignantes. Ces mêmes productions existaient sur l'utérus et le rectum au niveau du cul-de-sac recto-utérin. Ces productions ont été examinées par M. Malassez. « Elles sont formées d'un stroma fibreux, calcifié par points, entourant des cavités kystiques tapissées par un épithélium cylindrique et offrant des végétations, en un mot il s'agissait de productions analogues à celles de l'intérieur des ovaires.

Le plus souvent, les végétations internes prédominent, et la surface externe ne présente que quelques rares papilles végétantes.

Obs. 9. — Lœhlein. *Dégénérescence maligne d'un kyste papillaire. Berlin, Klin. Woch.*, 1881, nº 19, p. 420. In th. Gundelach.

Mme S..., âgée de 49 ans, a été réglée à 18 ans ; ses règles restèrent douloureuses jusqu'à son mariage (24 ans) ; elle eut six enfants, dont quatre vivent.

Ménopause en février 1878. En avril 1876, ses règles furent supprimées brusquement le deuxième jour à la suite d'un refroidissement. Vomissements. Douleurs dans le côté droit de l'abdomen. A ce moment, la malade remarqua une grosseur dans la partie droite de l'abdomen. Affaiblissement progressif.

18 janvier 1879. Teint pâle, jaunâtre ; l'abdomen est irrégulièrement dis-

tendu, du volume du ventre d'une femme enceinte à terme. La tumeur principale remplit complètement la moitié droite de la cavité abdominale ; à sa surface, on peut sentir six à sept petites saillies de forme ovalaire. Sur la branche horizontale gauche du pubis, une autre tumeur fait saillie hors du petit bassin. La tumeur déplace l'utérus en avant et en haut. Les deux néoplasmes sont complètement indépendants.

Opération, 26 janvier 1879. — Un peu d'ascite. Quelques légères adhérences avec le péritoine. La tumeur gauche présente quelques papilles en choux-fleurs.

Dans plusieurs loges des deux kystes, on trouva des productions de papilles ; toutefois, il y en avait plus dans le kyste gauche où les papilles avaient perforé en un point la paroi du kyste. Dans un certain nombre de loges du kyste du côté gauche, les papilles étaient en dégénérescence calcaire. Sur la surface des papilles, on put constater en plusieurs points un épithélium cylindrique.

Il existe des kystes végétants présentant des végétations glandulaires et papillaires internes et des végétations papillaires externes.

Obs. 10 — Terrier. *Kyste multiloculaire végétant de l'ovaire droit. — Généralisation au péritoine pelvien. — Ovariotomie — Guérison.* In th. Hadjes, p. 45.

Mme X..., de Clermond-Ferrand. Diagnostic clinique : kystes multiloculaires de l'ovaire droit avec ascite.

Ovariotomie faite le 18 mars 1888 par M. Terrier. — Liquide ascitique assez abondant, tumeur entièrement enclavée dans le ligament large d'où il fallut l'énucléer. Ovaire gauche également altéré, kystique.

Le péritoine contenait des nodules indurés qui n'ont pas été enlevés.

Examen anatomo-pathologique (fait par M. le Dr Poupinel). Tumeur polykystique du volume de deux poings d'adulte pesant 270 gr., développée aux dépens de l'ovaire droit et entièrement enclavée dans le ligament large d'où il fallut l'énucléer. Cette tumeur comprend cinq ou six petites cavités du volume d'un pois ou d'un haricot, quatre ou cinq du volume d'une noisette à celui d'un œuf de poule, remplies toutes d'un liquide clair, transparent, légèrement visqueux. On voit une poche principale du volume d'une orange, littéralement remplie de végétations en forme de chou-fleur, de couleur gris rosé. Quelques végétations sont en dégénérescence graisseuse ; d'autres ont perforé la paroi et font hernie au dehors sous forme de bourgeons en chou-fleur du volume d'une noix environ, de forme très irrégulière.

L'autre ovaire, également envahi par la néoplasie n'a pas été enlevé.

Le péritoine contenait dans sa cavité 6 à 8 litres environ de liquide ascitique, jaune foncé, légèrement sanguinolent.

Sur le feuillet pariétal, juste sur la ligne médiane il existait quelques nodules indurés, lisses et blanchâtres, non végétants ; ces petits noyaux ne furent pas enlevés.

Examen histologique. — Cet examen met en évidence un épithélioma à cellules cylindriques ; les végétations sont à charpente fibreuse, myxomateuse selon les points.

KYSTE MULTILOCULAIRE A VÉGÉTATIONS PAPILLAIRES EXTERNES

OBS. 11. — KNOWSLEY THORNTON. *Rupture du kyste multiloculaire. Med. Times and Gaz.*, t. I, p. 213.

Femme de 35 ans. Consulte en juillet 1876. Augmentation progressive du ventre depuis trois ans. Les règles n'ont pas reparu. Ascite considérable et tumeur de l'ovaire. Ponction et issue de 33 pintes de liquide citrin, contenant des cellules isolées ou réunies en groupe.

Diagnostic : rupture d'un kyste de l'ovaire. Ovariotomie. Kyste multiloculaire de 23 livres. La surface présentait de petites tumeurs papillomateuses pédiculées. Guérison.

TUMEUR POLYKYSTIQUE A VÉGÉTATIONS GLANDULAIRES ET A QUELQUES VEGÉTATIONS PAPILLAIRES EXTERNES TRÈS RARES

OBS. 12. — PEREIRE et GUNDELACH. *Kyste végétant de l'ovaire. — Ascite.* In th. GUNDELACH, 1887, Paris, p. 69.

L.., Eugénie, journalière, âgée de 42 ans, entre le 4 février 1887 dans le service de M. Terrier, salle Chassaignac, n° 36.

Mère morte à 72 ans. Père bien portant. Deux sœurs et un frère en bonne santé. Pas de maladie de l'enfance.

Réglée à 19 ans. Menstruation régulière jusqu'en 1886.

Mariée à 20 ans, elle a eu un enfant à 24 ans ; accouchement normal. Deuxième grossesse à 27 ans ; cinq semaines après l'accouchement phlegmatia alba dolens qui la tient alitée pendant 4 semaines.

A l'âge de 33 ans, hémiplégie droite avec aphasie ; elle fut soignée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur G. Sée et y resta 3 semaines. Elle en sortit guérie. Elle a conservé depuis cette époque de la céphalalgie fréquente.

Au mois d'octobre 1886 elle ressentit des pesanteurs dans le ventre et constata l'augmentation de volume de l'abdomen. En même temps vomissements 2 fois par jour pendant 8 jours et diarrhée durant 3 semaines.

Tuméfaction progressive indolore.

Depuis le mois de décembre plus de menstruation ; pas de troubles du

côté de la miction. Depuis le mois de janvier le ventre a beaucoup augmenté de volume.

Pas de douleurs abdominales. Simple pesanteur.

Anorexie, mais plus de vomissements, plus de diarrhée.

A cette époque œdème du membre inférieur gauche. Elle entre à l'Hôtel-Dieu et M. Renaut la ponctionne vers le milieu de janvier. On retire 12 litres 1/2 de liquide verdâtre.

Elle entre le 4 février à l'hôpital Bichat. Nouvelle ponction le 6 ; il s'écoule 10 litres de liquide citrin.

Etat actuel (21 février). — Faciès peu coloré, amaigrissement considérable depuis 4 mois.

Les dimensions de l'abdomen sont :

Circonférence au niveau de l'ombilic, 103 centim. De l'appendice xiphoïde au pubis, 38 centim. De l'ombilic à l'E. I. D. 31 centim. à l'E. I. G. 30 cent. De l'ombilic au pubis, 23 cent.

Le ventre est symétrique : vascularisation des parois abdominales assez développée.

Pas d'œdème de la paroi. L'ombilic n'est pas déplissé ; vergetures.

Matité très étendue occupant l'hypogastre ; latéralement, matité dans les deux fosses iliaques, dans l'hypochondre droit et dans les deux flancs.

Sonorité commençant à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic dans la région épigastrique et dans l'hypochondre gauche. Sensation de flot. Pas de modification des zones de matité et de sonorité par les changements de position de la malade. A droite de l'ombilic, masses dures, bosselées, senties très profondément.

Rien dans les culs-de-sac, si ce n'est dans le postérieur qui présente des bosselures saillantes. Le col utérin est dévié à gauche. Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines. Beaucoup d'urates. Un litre d'urine en 24 heures.

Diminution de l'appétit, digestions faciles, pas de vomissements, selles régulières.

Quelques frottements pleuraux à la base du poumon gauche, en arrière, jusqu'à la moitié de sa hauteur. Rien au cœur. Pouls régulier. Pas d'œdème des jambes.

22 février 1887. Ovariotomie par M. le Dr Terrier, aidé de MM. les Drs Périer et Brun. MM. Villeneuve et Quénu assistent à l'opération. Chloroformisation par M. le Dr Berger. Un peu d'asphyxie pendant l'anesthésie. Incision médiane de l'abdomen, quelques pinces hémostatiques doivent être placées. Le péritoine est largement ouvert.

Ascite, liquide citrin. La main introduite dans l'abdomen fait sortir un kyste *végétant en grappe de l'ovaire droit*. Le kyste est fixé par un pédicule peu large, facile à saisir avec deux pinces courbes ; on le sectionne au ras du kyste, et on le lie avec trois fils de soie phéniquée disposés en

chaîne. L'appendice iléo-cæcal est adhérent à la masse kystique. Il est lié entre deux pinces courbes avec un fil de soie, puis sectionné. On peut alors enlever la tumeur.

L'ovaire gauche est aussi kystique, mais le kyste est de moindre valeur. Il est enclavé, adhérent dans le petit bassin. Les adhérences sont détruites avec la main, et le pédicule du kyste est aussi sectionné après une ligature en chaîne, avec deux fils de soie. Toilette du péritoine et des intestins refoulés à gauche. L'utérus est atteint de fibromes peu volumineux. L'épiploon que l'on étale au-devant des intestins est rougeâtre et présente des *végétations à sa surface*. Suture de la paroi abdominale avec sept fils d'argent profondément placés, et un crin de Florence superficiel. L'appendice iléo-cæcal est compris dans la troisième suture profonde de la paroi abdominale.

La tumeur ovarienne droite pesait 1165 gr., la gauche 170 gr. Liquide 8 litres 1/2.

La tumeur ovarienne droite est formée par deux grosses poches kystiques reliees à la masse centrale de la tumeur par la trompe qui forme sur elle une sorte de pont.

La face inférieure des poches est lisse et grise par places, tapissée de fausses membranes d'aspect caséeux, se détachant facilement. La masse centrale solide présente à la coupe l'apparence sarcomateuse. Des noyaux saillants les uns solides, les autres liquides, sont disposés comme en couronne autour des loges principales.

Quelques-uns de ces noyaux atteignent et même dépassent le volume d'un pois ; en quelques points même se voient des mamelons de la grosseur d'une noisette, lobulés et pédiculés. Çà et là on voit de petits kystes de la grosseur d'une lentille.

22 février. Soir, 3 vomissements, une piqûre de morphine.

T. 37°,8. R. 20.

Le 23. La malade a passé une bonne nuit. Urine 750 gr. Le matin deux vomissements verts, une piqûre de morphine.

Matin, T. 38°,6. P. 92. R. 24. Le soir un vomissement vert. T. 39°. P. 104. R. 24.

Le 24. Urine, 700 gr. Eau chloroformée, champagne, piqûre morphine le soir.

Matin ; T. 38°,4. P. 102. R. 22. Soir, T. 38°,6. P. 104. R. 24.

Le 25. Urine, 500 gr. Gaz par l'anus. Matin : T. 38°,2. P. 98. R. 22. Soir : T. 38°,6. P. 98. R. 22.

Le 26. Urine 600 gr. Le matin lait, eau de Vichy.

Matin, T. 38°. P. 98. R. 22.

Le 28. Urine seule. On fait le pansement le matin et on enlève 3 fils d'argent. La température oscille les jours suivants entre 37° et 37°,8.

2 mars. On fait le pansement le matin et on enlève 4 points de suture profonds et un superficiel.

Les jours suivants la température ne dépasse pas 37°.

La malade commence à se lever le 14 mars et peut être considérée comme guérie.

Nous avons fait l'examen histologique du kyste et des liquides kystique et ascitique avec l'aide de notre maître et ami le Dr Gilbert.

Examen histologique du kyste. — Il a porté sur trois points différents de la paroi kystique ; cette paroi est formée de dehors en dedans par 3 couches :

1° Une couche épithéliale;

2° Une couche fibreuse;

3° Une couche épithéliomateuse.

1° *Couche épithéliale.* — Cette couche est représentée par des cellules cubiques, disposées sur un seul rang.

2° *Couche fibreuse.* — Composée par un tissu conjonctif adulte parsemé de cellules rondes et fusiformes ; elle renferme un certain nombre d'artérioles et de scissures et par places montre des vaisseaux capillaires isolés ou juxtaposés, dilatés et remplis de globules sanguins.

3° *Couche épithéliomateuse.* — Elle forme à elle seule la presque totalité de la paroi du kyste ; elle est constituée par un stroma conjonctif dans lequel sont disséminés des tubes épithéliomateux ; le stroma est plus ou moins épais selon les points que l'on considère ; il est presque toujours formé par un tissu conjonctif riche en cellules rondes et surtout en cellules fusiformes, les vaisseaux sont peu nombreux.

Les tubes épithéliomateux affectent une grande variété de forme et possèdent un épithélium cylindrique, vivace, bien coloré par les réactifs et limitent des cavités ordinairement remplies de quelques éléments nécrobiosés. Quelques végétations isolées, arrondies et sessiles, et quelques végétations agminées sous la forme de végétations en chou-fleur émanent de la paroi kystique et font saillie dans la cavité péritonéale. Au point de vue histologique on peut distinguer ces végétations en deux catégories ; les unes les plus petites et les moins nombreuses sont essentiellement formées de cellules rondes, ce sont des végétations inflammatoires ; les autres sont constituées sur le type du tissu qui forme la paroi interne du kyste ; elles sont composées d'un stroma conjonctif et de tubes épithéliomateux, ce sont des végétations néoplasiques. Au niveau des végétations la paroi fibreuse du kyste fait défaut et souvent l'épithélium de revêtement manque également.

KYSTE A VÉGÉTATIONS EXTRAKYSTIQUES GLANDULAIRES RARES ET PAPILLAIRES NOMBREUSES DISPOSÉES EN CHOUX-FLEURS

OBS. 13 (Résumée). — GARS. *Tumeurs kystiques de l'ovaire gauche avec nombreuses végétations d'aspect papillomateux. — Développement lent de cette tumeur. — Laparotomie. — Extirpation. — Mort le deuxième jour de péritonite.* In *Journal des sciences médicales de Lille*, 1887, p. 217.

Femme de 66 ans. Entre le 9 juin 1886 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Duret.

Début du kyste dans le flanc droit à l'âge de 40 ans. Augmentatien de volume du ventre il y a quatre ans. Le kyste a été ponctionné neuf fois sans accidents.

Opération. — Le 19 juin, par M. le professeur Duret. Épaississement énorme du péritoine (4 à 5 millim.), aspect cartilagineux. Cette séreuse présente plusieurs plaques calcaires. On découvre une tumeur volumineuse, kystique, à parois blanches, opaques, épaisses de 3 à 4 millim. et comme cartilagineuses, présentant dans leur épaisseur et à leur surface de petits kystes séreux à parois transparentes. A la partie inférieure on voit de grosses masses végétantes à surface granuleuse. Cette tumeur a le volume d'une tête d'adulte.

Mort le lendemain de péritonite.

Examen des pièces. — Si l'on replace dans sa situation primitive la tumeur enlevée lors de l'opération, on trouve un néoplasme énorme développé sur le ligament large gauche et dans l'épaisseur du ligament large droit des kystes multiples beaucoup moins volumineux et accompagnés de végétations.

Sur le côté gauche de l'utérus au voisinage de la trompe on voit trois ou quatre tumeurs ovoïdes du volume d'une châtaigne, ressemblant à des ganglions hypertrophiés et adhérents, chacun à sa masse musculaire, par un pédicule large et court.

La partie inférieure de la tumeur principale kystique est végétante. La paroi du kyste est épaisse de 3 à 4 millim. et présente dans son épaisseur et à ses surfaces interne et externe de petits kystes séreux et des végétations papillomateuses.

A la partie inférieure des deux tiers externes de la trompe droite, dans l'épaisseur du ligament large, on constate plusieurs kystes séreux du volume d'une mandarine; le plus externe de ces kystes présente une masse végétante formée de deux parties, l'une sessile, l'autre appendue au ligament par un pédicule ramifié long de 8 cent.

. Les végétations ont une structure qui les rapproche du type papillaire sans dégénérescence cancéreuse, ce qui explique la marche lente du néoplasme.

TUMEURS VÉGÉTANTES PRESQUE SOLIDES

OBS. 14. — OLSHAUSEN. *Papillome de l'ovaire. — Ascite. — Ovariotomie. — Guérison.* In th. GUNDELACH, p. 85. Résumée.

Femme de 35 ans dont la tumeur pesant à peine 2 kilogr. était formée par un kyste végétant sans loge kystique d'un volume notable. Avant l'opération on retire 45 litres d'ascite. Après l'opération l'ascite ne se reproduisit pas.

OBS. 15. — TILLAUX. *F. 27 ans. — Ovariotomie le 12 octobre 1878. — Tumeur ayant débuté depuis 14 mois environ, présentant les symptômes d'un kyste ovarique avec ascite considérable.*

Examen anatomo-pathologique, par MM. MALASSEZ et de SINÉTY, 1880. *Arch. de phys.*, p. 886.

« La tumeur ovarienne était constituée par une volumineuse végétation en forme de choux-fleurs dans l'intérieur de laquelle il existait un certain nombre de cavités kystiques de différent volume. On trouvait, en outre, au microscope, dans les parties solides un très grand nombre de petits kystes microscopiques et surtout des conduits épithéliaux plus ou moins réguliers, plus ou moins ramifiés. Il existait aussi un volumineux kyste pauci-loculaire libre de structure.

Les tumeurs secondaires consistaient en petites végétations péritonéales. Elles étaient constituées par un stroma conjonctif et des néoformations épithéliales micro-kystiques et tubulaires tout à fait semblables à celles observées dans la végétation de l'ovaire malade et à celles du kyste flottant.

La tumeur primitive ainsi que les tumeurs secondaires rentrait, comme on le voit, dans le groupe des néoformations épithéliales adénoïdes.

OBS. 16. — GUNDELACH. Th. Paris, p. 66. *Kyste végétant de l'ovaire.*

La nommée Wang., âgée de 53 ans, entre le 8 mars 1887 dans le service de M. le Dr Terrier, salle Chassaignac, n° 26.

Père mort à 43 ans, mère morte à 77 ans. Ni frère, ni sœur.

Réglée à 14 ans; mariée à 18 ans ; un enfant à 20 ans, accouchement normal, l'enfant est mort à 3 semaines. Le second à 21 ans, l'enfant vit. Bien réglée ensuite. Ménopause à 48 ans, sans complications.

Il y a un an la malade s'aperçoit que son ventre grossit, elle souffre de constipation ; les urines deviennent troubles et laissent un dépôt floconneux au fond du vase ; pas de douleurs ; peu à peu l'appétit se perd.

Au bout de 3 mois la malade rentre à l'hôpital Dubois et y séjourne 8 mois. 13 ponctions. A mesure que l'abdomen gonflait, les jambes de la malade

s'œdématiaient et après les ponctions l'œdème disparaissait. Pas de palpitations, mais oppression très forte quand l'abdomen est volumineux. Les deux dernières ponctions ont laissé écouler une grande quantité de liquide jaunâtre. Pas de douleurs mais la quantité d'urine émise chaque jour est diminuée ; après les ponctions les urines redeviennent claires et augmentent de quantité.

La malade quitte l'hôpital Dubois le 8 mars pour entrer à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le Dr Terrier, parce qu'on avait reconnu à la palpation de l'abdomen après les ponctions l'existence d'une tumeur.

État actuel (14 mars). — Le ventre est considérablement augmenté de volume, il est étalé ; la cicatrice ombilicale est complètement déplissée, les veines sous-cutanées sont un peu développées ; à la percussion on constate de la matité sur les parties latérales de l'abdomen jusqu'au rebord des fausses côtes ; sur la ligne médiane la matité remonte jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La matité est remplacée par de la sonorité sur les parties latérales de l'abdomeu, lorsque la malade se couche sur le côté opposé. A la palpation on sent nettement le flot du liquide ascitique ; on a cette sensation de flot dans tous les sens. En palpant profondément on sent à travers le liquide ascitique une tumeur bosselée, située dans la partie gauche du petit bassin et remontant dans la fosse iliaque gauche vers le flanc du même côté. Les bruits du cœur sont normaux, matité du foie normale. Pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'oppression, pas de palpitation ; les urines sont un peu diminuées de quantité. Selles normales.

Quelques râles sous-crépitants aux deux bases des poumons surtout à droite.

Par le toucher vaginal on constate que l'utérus est mobile. Les culs-de-sac sont libres, sauf le gauche qui est un peu effacé et légèrement sensible.

22 mars. Ovariotomie par M. le Dr Terrier aidé de MM. Perrier et Berger sont présents à l'opération MM. les Drs Richelot, Quénu, et Routier. Incision sur la ligne médiane de l'abdomen partant un peu au-dessus de l'ombilic et se prolongeant jusqu'à 5 centimètres du pubis environ ; lorsqu'on arrive sur le péritoine, on fait une petit incision à cette séreuse au milieu de l'incision primitive, il s'écoule par cette ouverture douze litres de liquide ascitique jaunâtre : lorsque l'écoulement du liquide est terminé on prolonge avec des ciseaux l'incision du péritoine en haut et en bas jusqu'au niveau de l'incision des tissus sous-jacents ; on aspire le reste du liquide ascitique avec l'aspirateur employé pour la ponction des kystes ; on aperçoit alors nettement un *kyste en grappe végétant de l'ovaire* gauche. La partie supérieure du kyste présente des adhérences avec le côlon transverse, on les sectionne entre 2 pinces, puis on applique 7 ligatures au catgut fin. Le pédicule est large ; on le sectionne entre 2 fortes pinces, puis on le lie avec du fil de soie en chaînette. On applique 10 sutures profondes au fil d'argent et quelques sutures superficielles.

Étude microscopique du kyste. — Kyste de l'ovaire gauche du volume des deux poings, à large pédicule présentant un aspect sarcomateux ; la masse principale de la tumeur est solide ; à la surface de la masse principale se trouve un grand nombre de petits kystes, les plus volumineux ont le volume d'une mandarine, les autres d'une cerise ; à la surface du kyste quelques végétations sessiles. L'examen histologique pratiqué par MM. Gilbert et Gundelach, montre l'existence dans la paroi fibreuse du kyste et dans son stroma de productions épithéliomateuses d'aspect adénoïde où l'épithélium est cylindrique simple ou stratifié. En un point la partie fibreuse amincie et perforée permet l'issue à travers sa déchirure d'un bourgeon émané de la couche épithéliomateuse. En un autre point, à la face externe de la couche fibreuse existe une végétation offrant les mêmes caractères histologiques, c'est-à-dire constituée par un stroma conjonctif et des formations acineuses.

Obs. 17. — Terrier. *Tumeur kystique végétante de l'ovaire gauche. — Tumeurs secondaires de la trompe, le grand épiploon et le péritoine pariétal.* In Th. de Hadjès, p. 38.

Mme Blanc..., âgée de 36 ans, entre le 3 décembre 1887, salle Chassaignac, 26 *bis*. Pas d'antécédents héréditaires importants à relever.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, fièvre typhoïde. La menstruation s'établit à seize ans ; les règles furent toujours régulières, mais peu abondantes. A dix-huit ans grossesse normale et bon accouchement ; jamais de grossesse ni de fausse couche depuis lors. Il y a un an, la malade s'aperçut que son ventre grossissait ; elle pensa être enceinte de nouveau. Elle entre dans le service de M. Landrieux, à l'hôpital Saint-Antoine.

Là elle subit en quelques mois vingt ponctions abdominales, d'abord très rapprochées, tous les huit à dix jours, puis éloignées. La dernière ponction faite quinze jours avant son entrée à Bichat a donné quinze litres de liquide ascitique. Le 3 décembre elle est adressée à M. Terrier par M. Landrieux.

Au début de l'affection, elle a présenté, en même temps que du gonflement du ventre, de l'*œdème des jambes* très prononcé, qui a disparu depuis deux mois environ. Elle n'a jamais ressenti de vives douleurs dans le ventre, mais de la gêne dans les périodes de grande distension avant les ponctions. Les règles ont toujours été normales, l'appétit et la digestion satisfaisants. Les urines sont plus rares depuis le début de la maladie. Elle a maigri beaucoup depuis un an.

État à l'entrée. — Le ventre est volumineux, assez régulièrement développé, un peu plus saillant dans les flancs quand elle est couchée. Hernie ombilicale du volume d'une noix, recouverte d'une peau amincie, rosée, facilement réductible, sans gargouillement et se reproduisant aussitôt : *hernie ascitique* certainement.

Matité absolue dans l'hypogastre et les flancs : matité qui se déplace dans les changements de position de la malade. Le ventre est peu tendu, fluctuant, donnant partout la sensation de flot, sans qu'il soit possible d'y trouver en aucun point une tumeur limitée. Hernie inguinale gauche survenant il y a deux ans à la suite d'un effort en allant à la selle ; facilement réductible.

Au toucher le col utérin est bas, rapproché de la vulve, sain d'ailleurs ; la lèvre antérieure est un peu hypertrophiée. Les culs-de-sac vaginaux sont libres ; pourtant, en déprimant fortement le cul-de-sac gauche qui est un peu dilaté on sent quelques bosselures irrégulières.

L'utérus est immobilisé derrière le pubis et dans le cul-de-sac rétro-utérin on sent une production qui paraît kystique. On porte le diagnostic de tumeur végétante de l'ovaire gauche avec *ascite.*

Ovariotomie. — M. Terrier procède à l'opération, le 6 décembre 1887, aidé de MM. Berger, Brun et Périer.

A l'incision du péritoine une grande quantité de liquide ascitique citrin clair s'écoule. On aspire le liquide contenu dans le petit bassin. On constate alors l'existence de quelques granulations rosées néoplasiques sur le péritoine pariétal et l'épiploon. Relevant l'épiploon et les intestins on voit une tumeur très adhérente, villeuse, végétante à la partie inférieure de la fosse iliaque gauche et plongeant dans le bassin.

C'est l'ovaire de ce côté qui est en dégénérescence épithéliale d'aspect un peu papillomateux. Vu les adhérences étendues dans le bassin et l'immobilité de cette tumeur non pédiculisée, les aides penchent vers l'abstention. M. Terrier espérant donner par l'intervention l'unique chance de salut qu'il restait à la malade n'hésite point. L'ouverture abdominale est agrandie jusqu'au-dessus de l'ombilic où un sac herniaire du volume d'une noix est réséqué.

En bas, l'incision est prolongée jusque vers les piliers ; toutefois cette incision est arrêtée par le voisinage probable de la vessie. Avec les doigts et peu à peu les adhérences de la tumeur sont déchirées en avant et en arrière, en avant avec la paroi antérieure du bassin, en arrière avec le péritoine postérieur.

La tumeur est donc ainsi mobilisable d'avant en arrière. M. Terrier cherche alors à l'isoler au dehors et pour cela il passe un double fil de soie dans une première pédiculisation, lequel est noué et permet d'exciser une partie de la masse morbide.

Cette masse est enclavée à son centre. Quelques vaisseaux donnant du sang sont pincés avec des pinces à pression. On recommence à isoler ce qui reste de la masse en avant et en arrière profondément dans le bassin et sur le côté de l'utérus.

A un moment on peut faire un pédicule utérin; on passe un double fil au-dessous de l'angle utérin gauche et on serre. Ce fil enserre d'un côté la trompe et le ligament rond. On sectionne alors ces parties sur les côtés

latéraux de l'angle utérin. En dehors la deuxième anse passe au-dessus du premier pédicule. Elle est serrée et on résèque encore un peu de la tumeur située au-dessus. On arrive ainsi presque au plancher pelvien et on peut encore isoler plus loin la partie extérieure de la tumeur. On fait donc un troisième pédicule avec un simple fil, car on n'ose y passer l'aiguille mousse étant sur la veine iliaque de ce côté. Ce fil bien serré, la masse est réséquée et il ne reste qu'un pédicule exsangue un peu incrusté de sels calcaires. Toilette du péritoine soignée, etc... Le deuxième ovaire était suspect. Précautions antiseptiques minutieuses.

Durée de l'opération, une heure.

6 décembre. Soir : T. 37°,2. P. 96.

Le 7. Matin, T. 37°,7 P. 105. Quelques vomissements jaunâtres, urines 600 gr. Soir. T. 37°,3, P. 100.

Le 8. Matin, T. 37°, P. 100. Nuit bonne. Quelques gaz par l'anus ; urine avec la sonde, 800 gr. Soir. 37°,5, P. 100.

Du 9 au 10. Température normale. Nuits bonnes. Urines, 600 gr.

Le 11. La malade va fort bien.

Examen microscopique (dû à M. le D[r] Poupinel). — La pièce examinée comprend plusieurs fragments. Le plus volumineux, développé aux dépens de l'ovaire du côté gauche, se compose de deux parties ; l'une plus petite, rougeâtre, végétante, contenant de petits kystes transparents, présente le volume d'une grosse noix ; l'autre faisant corps avec la partie précédente dont elle n'est séparée que par une dépression circulaire peu nette, ne diffère de celle-ci que par son aspect blanchâtre, fibro-cartilagineux. Elle ne présente extérieurement aucun kyste visible ; son volume est celui du condyle d'un fémur d'homme adulte dont elle rappelle absolument la forme et l'aspect extérieur. On y observe une large surface de section (surface d'une pièce de cinq francs), sur laquelle on peut juger de l'aspect intérieur de la tumeur. A la périphérie existe une couche de tissu blanc opalin, fibreux, de l'épaisseur de deux à trois millimètres formant comme une coque à la partie centrale qui est blanchâtre, friable et dans laquelle existent quelques points durs comme ossifiés.

Un autre fragment est constitué par la trompe dont le pavillon est représenté par une tumeur rougeâtre, mollasse, lisse extérieurement, du volume d'une petite noix, présentant à la coupe un aspect lobulé des plus nets.

Un troisième fragment comprend un groupe de végétations en chou-fleur, blanc rosé, du volume d'un haricot environ.

Examen histologique. — La portion de la tumeur principale qui est examinée, paraît ne contenir aucun kyste quelque peu volumineux, elle est semi-solide et friable. Le stroma de la tumeur est développé, fibreux, quelque peu vasculaire, ossifié en quelques points. Les portions ossifiées présentent la texture du tissu spongieux, on y voit de nombreux corpuscules osseux.

Les cellules de la moelle contenues dans les alvéoles du tissu spongieux étant en certains points très nettement groupées contre le tissu compact et quelques-unes même sont partiellement englobées dans l'os. On voit de la façon la plus évidente la transformation des médullocèles en corpuscules osseux. Le stroma de la tumeur est littéralement infiltré de globes de substance colloïde séparés par quelques cellules jeunes du tissu conjonctif. Le stroma fibreux de la tumeur contribue à former de nombreuses et volumineuses végétations en chou-fleur remplissant complètement les cavités ou elles se sont développées et tapissées le plus souvent d'un épithélieum polymorphe en quelques points assez régulièrement cylindriques. On observe aussi dans le stroma quelques enfoncements adénoïdes, tapissés d'épithélium cylindrique bas, disposé sur une seule couche régulière. L'aspect fibro-cartilagineux de la périphérie de la pièce est dû à la présence en ce point d'une épaisse couche de tissu fibreux lamellaire, pur, sans vaisseaux, en continuité immédiate avec des végétations épithéliales et du tissu conjonctif moins dense et infiltré de substance colloïde.

Le pavillon de la trompe est entièrement transformé en une tumeur lisse et mollasse, non kystique, du volume d'une petite noix. La coupe présente à l'œil nu un aspect lobulé des plus nets ; la périphérie des lobules est fibreuse et constitue évidemment la paroi de cavités kystiqnes que les végétations sont venues secondairement remplir.

La paroi fibreuse, peu vasculaire et la charpente des végétations sont littéralement farcies de globes de substance colloïde. Les végétations sont recouvertes d'épithélium cylindrique assez régulier dans les enfoncements compris entre elles, d'épithélium polymorphe au sommet de ces végétations. Les papillomes développés dans l'épiploon ont l'aspect caractéristique de chou-fleur, les végétations ont une charpente fibreuse, fibro-myxomateuse en certains points, peu vasculaire. L'épithélium qui les recouvre est polymorphe ; sur deux coupes qui ont été étudiées, une seule a présenté quelques très rares globes de substance colloïde.

N. B. Récidive et décès en décembre 1888.

OBS. 18. — TERRIER. *Kystes papillomateux des deux ovaires. — Dégénérescence colloïde avec extension au péritoine. — Guérison.* In Th. de HADGÈS, p. 34.

Mme Arrétat, âgée de 46 ans, femme n'ayant pas eu d'enfants, entre à l'hôpital, dans le courant de novembre 1885.

Antécédents personnels. — A toujours été bien réglée. Désigne comme début de l'affection actuelle trois ans. Elle aurait été sujette à cette époque à de vives douleurs. L'abdomen aurait considérablement augmenté de volume. *Ascite* considérable ; sept ponctions ont été pratiquées pour évacuer le liquide ascitique. Mictions plus fréquentes que normalement.

Ovariotomie. — Faite par M. Terrier, le 15 décembre 1885. Pas d'adhérences; kystes *papillomateux* des deux ovaires; plaque *néoplasique* rougeâtre, dépolie, rugueuse sur le péritoine pariétal, presqu'au niveau de la ligne médiane ; rien autre chose dans la cavité abdominale.

Pédicules liés et abandonnés. Durée de l'opération, 53 minutes.

Suites de l'opération favorables ; les règles sont irrégulières.

L'opérée, revue à la fin de l'année 1886, se portait fort bien.

Examen anatomo-pathologique (fait par M. le Dr Poupinel).

A. — Énorme tumeur en chou-fleur pesant 1250 gr., développée aux dépens de l'ovaire gauche. La masse centrale est une tumeur polykystique à trois loges principales. La plus grosse de ces loges présente le volume d'un petit œuf de poule et est littéralement remplie par des végétations blanchâtres, pédiculées et sessiles suivant les points. Les deux autres loges sont dépourvues de végétation sur leur face interne. D'autres loges plus petites sont remplies de végétations. A la face externe de la tumeur se trouvent d'énormes *végétations* blanchâtres, blanc rosé, rougeâtres, avec quelques grains en dégénérescence, tantôt calcaire, tantôt caséeuse. Ces végétations sont sessiles pour la plupart ; d'autres sont reliées à la tumeur par un pédicule très long. La longueur du pédicule est en certains points, de 4 cent. 1/2 environ. Le pédicule est toujours très grêle par rapport au groupe de végétations qu'il soutient : il est creux. La trompe correspondante est attenante à la pièce et sectionnée à ses extrémités. Elle porte, appendue à des pédicules très grêles, plusieurs petits kystes.

B. — Il existait une tumeur analogue, plutôt plus volumineuse, sur l'ovaire droit ; elle n'a pu être enlevée en un seul bloc. Le fragment qui a été remis au laboratoire de l'hôpital est constitué par du tissu d'apparence fibreuse à plusieurs couches contenant deux corps jaunes. On a donc affaire à un ovaire portant à sa surface des végétations sessiles d'apparence plus vasculaire que les précédentes.

C. — Plaque néoplasique, rougeâtre, dépolie, rugueuse sur le péritoine pariétal, presque au niveau de la ligne médiane. On ne trouve rien autre chose de suspect dans la cavité abdominale.

Description microscopique. — Le raclage de fragments de parois et de végétations, après un séjour de 24 heures dans l'alcool, au tiers, détache : « 1° un lambeau provenant vraisemblablement de la face externe de la tumeur et un revêtement de cellules épithéliales aplaties, losangiques, à gros noyau ovalaire muni de un ou deux nucléoles brillants, à protoplasma légèrement granuleux ; 2° de nombreuses cellules cylindriques, longues, à noyau allongé parallèlement à l'axe de la cellule avec un ou deux nucléoles réfringents, la plupart sans cils vibratiles, quelques-uns avec des cils.

Le raclage des végétations (extra ou intra-kystiques) ne donne que des cellules cylindriques, quelques-unes pourvues de cils. Les pédicules du

groupe de végétations sont constitués de tissu conjonctif fibreux et de vaisseaux. Ceux-ci se ramifient comme le pédicule conjonctif dont ils occupent le centre.

La plupart des ramifications terminales sont recouvertes d'épithélium régulier, cylindrique, à cils vibratiles. Quelques tubes épithéliaux s'enfoncent exceptionnellement dans le tissu conjonctif des pédicules. En quelques points on remarque des globules de substance colloïde.

Les végétations sont constituées d'une charpente fibreuse, myxomateuse, vasculaire, toujours peu volumineuse par rapport à leur volume, tapissées d'un épithélium à cellules cylindriques vibratiles. Dans l'épaisseur du stroma conjonctif, généralement à la base de végétations relativement volumineuses, existe quelques petites cavités closes, presque complètement remplies par des végétations. Ailleurs, existent quelques tubes épithéliaux pleins ou creux.

Les parties solides de la tumeur ovarique droite sont constituées par du tissu conjonctif adulte, sillonné par de nombreux vaisseaux artériels et veineux capillaires à tunique musculaire. Le stroma est aussi parcouru par de nombreux tubes épithéliaux pleins ou dilatés, réguliers ou tapissés par une seule couche de cellules cylindriques vibratiles.

Des globes de substance *colloïde* sont épars dans la préparation. En un point existe un corps jaune récent et plusieurs corps jaunes en voie de régression à différentes étapes de celle-ci.

Les parties solides de la tumeur ovarique gauche ont la même structure connective et vasculaire; elles sont recouvertes d'épithélium cylindrique vibratile et de végétations. Sur une coupe on découvre un ovule. Ici encore, comme pour la tumeur ovarique droite, il reste des zones de substance ovarique saines. En un point s'observent des globules de matière colloïde de petites dimensions.

La plaque péritonéale secondaire est constituée de tissu conjonctif adulte, dans lequel s'enfoncent de nombreux tubes épithéliaux, farcis de globes de substance colloïde. Entre cette plaque et la paroi abdominale existe encore une couche saine de tissu cellulo-adipeux.

Obs. 19. — Rollin. *Kystes végétants des deux ovaires. — Ovariotomie. — Mort.* In th. Gundelach, p. 75.

I..., Joséphine, 26 ans, entrée le 6 octobre 1886 dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 7.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une tumeur dans le ventre? Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans non sans difficulté, car la malade a souffert de coliques, de malaises divers, etc. Néanmoins les règles ont toujours été régulières depuis ce temps et ont même conservé ce caractère depuis le début de l'affection qui amène la malade à l'hôpital.

Mariée à 18 ans, elle n'a jamais été enceinte.

En décembre 1884 des douleurs sourdes, des tiraillements se firent sentir pour la première fois dans le côté gauche et le ventre commença à augmenter de volume. Ces douleurs n'étaient pas continues, elles reparaissaient à intervalles irréguliers et au lieu d'augmenter devinrent peu à peu de moins en moins vives.

Le ventre continua ainsi à grossir assez rapidement et en juillet 1885 un médecin fit une ponction qui donna cours à 12 litres de couleur brunâtre, « comme du café ». Cette ponction n'amène qu'un soulagement très temporaire, car six semaines après, l'abdomen a repris son volume primitif et on est obligé de faire une 2e ponction qui évacue 10 litres de liquide de même couleur que le premier.

Cette fois encore le liquide se reproduit avec rapidité et en octobre 1885 une 3e ponction évacue 10 litres de liquide. On fut ainsi successivement obligé de faire :

Une 4e ponction (décembre 1885), 14 litres de liquide.

Une 5e ponction (février 1886), 14 litres; mais le liquide avait pris une coloration brunâtre et ressemblait à du chocolat.

Enfin 6e ponction (juillet 1886), 14 litres de liquide de même aspect.

En résumé six ponctions en moins d'une année, nécessitées chaque fois par des troubles de compressien qui disparaissaient après chaque ponction pour reparaître bientôt après. La malade souffrait surtout de troubles de la miction, de troubles digestifs, et d'œdème des membres inférieurs. L'appétit diminue progressivement et l'amaigrissement fait de rapides progrès.

Le 6 octobre 1886, la malade entre à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier, envoyée par M. le Dr Périer. A ce moment l'état général est médiocre; l'amaigrissement est très marqué, l'affaiblissement est grand et la malade ne marche qu'avec peine. Elle ne tousse ni ne vomit, mais souffre de troubles de la miction.

État local. — Le ventre est distendu considérablement comme dans l'ascite, sans bosselures, étalé latéralement.

La percussion donne une ligne de matité dépassant l'ombilic de 10 cent., la ligne de matité est concave en haut et dans les flancs se confond avec la zone du foie et de la rate.

Les résultats changent d'une façon fort nette suivant la position qu'on donne à la malade.

La fluctuation est manifeste en tous points; le flot se transmet avec facilité dans toutes les directions et au moindre choc. En aucun point la palpation ne permet de sentir la tumeur.

De l'ombilic au pubis : 24 cent.

De l'ombilic à l'appendice xiphoïde : 21 cent.

De l'ombilic à l'épine I. A. G. : 28 cent.

» » I. A. D. : 29 cent.

Circonférence ombilicale : 100 cent.

Par le toucher vaginal on atteint un col petit, abaissé, légèrement porté à gauche. L'utérus paraît mobile ; le vagin est mou, œdématié.

La respiration est un peu obscure au sommet du poumon gauche en avant et la percussion donne de la matité. Rien au cœur. Un peu d'albumine dans les urines.

2 novembre. Ovariotomie par M. le Dr Périer, assisté par MM. Terrier et Berger.

A l'ouverture de l'abdomen un flot de liquide verdâtre, mousseux s'échappe avec force ; on évacue ainsi 12 litres de liquide ascitique ; on se trouve alors en présence de 2 tumeurs végétantes, du volume du poing environ, implantées sur le bord supérieur des ligaments larges et développées aux dépens des ovaires. Les tumeurs ont contracté quelques adhérences avec l'intestin grêle et présentent une très large base d'implantation sur le ligament large.

De plus M. Périer constate sur le feuillet antérieur des ligaments quelques petites granulations erratiques, disséminées çà et là. Après un examen attentif des connexions des deux tumeurs, l'utérus étant absolument libre d'adhérence avec la tumeur et l'intestin étant facile à libérer, M. Périer se décide à en pratiquer l'ablation. Les deux tumeurs végétantes sont successivement pédiculisées, en plaçant sur chaque ligament large à la base de la tumeur véritablement sessile, trois anses de fil de soie entre-croisées en chaîne. Les adhérences intestinales sont détruites sans difficulté et après un nettoyage complet de la cavité péritonéale avec des éponges aseptiques, la plaie opératoire est suturée par 12 sutures profondes au fil d'argent et des sutures superficielles au crin de Florence. L'opération a duré 43 minutes.

Dans la journée l'état de la malade est excellent ; elle ne vomit pas, ne souffre pas et dort quelques heures.

Soir : T. 38°. P. 72.

Le 3. Nuit bonne. Pas de vomissements. Urines, 800 gr. Quelques traces d'albumine. T. 38°,2 ; 38°.

Le 4. T. 38° le matin, 37°,3 le soir ; P. 90. Excellent état. Aucune douleur.

Le 5. T. 37°,6. Émission de gaz par l'anus. Urines, 500 gr.

Le 6. Température normale matin et soir.

1er pansement par M. Terrier, la réunion est complète ; pas une goutte de pus. On enlève la moitié des sutures profondes.

Le ventre est souple, ni ballonné, ni douloureux, mais un peu d'ascite s'est reproduit.

Le 8. Pas de selles depuis l'opération. Lavement sans résultat. Température normale.

Le 9. 2e pansement ; on enlève 2 fils d'argent.

Le 10. Température 37°, 37°,4. Selle abondante à la suite d'un purgatif.

Le 12. 3e pansement, on enlève les 4 derniers fils ; une goutte de pus à l'orifice des trois fils inférieurs. La malade ne souffre pas, mais n'a pas d'appétit.

Le 13. Diarrhée abondante dans la journée, ballonnement du ventre, sonorité tympanique. T. 38°,4. Faciès fatigué ; la malade ne prend aucune nourriture.

Le 14. Diarrhée persistante. T. 38°,2 le matin. Pansement ; une goutte de pus au niveau d'un point de suture.

Ventre toujours ballonné, tympanisme considérable.

Le 15. Même état ; mauvais faciès ; yeux excavés.

Le 16. Diarrhée verdâtre, selle involontaire. Légère quantité d'albumine dans les urines. Régime lacté exclusif. La température reste élevée à 38°,4, 37°,6.

Le 17. Même état. 500 gr. d'urine en 24 heures. T. 38°,5.

Le 18. État général de plus en plus mauvais. Diarrhée continue, 550 gr. d'urine, 0,341 d'albumine par litre.

Les jours suivants, l'état de la malade s'aggrave de plus en plus, la température reste au-dessus de 38° matin et soir ; la diarrhée présente toujours les mêmes caractères, le ventre est de plus en plus ballonné, la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre, très épais.

Le 22. Dans la journée la malade présente des symptômes inquiétants : faiblesse et rapidité du pouls, extrémités froides. T. 38°,5. La malade meurt dans le collapsus à 11 heures du soir.

Autopsie. — 30 heures après la mort.

A l'ouverture de l'abdomen on constate que l'intestin adhère à la partie inférieure de la plaie opératoire et que l'épiploon, adhérent au niveau du pubis tire très fortement sur le côlon transverse. Celui-ci excessivement distendu, maintenu adhérant en bas par l'épiploon décrit en V ouvert en haut.

Le péritoine est noirâtre, parsemé de taches ardoisées ; en tous points existent des adhérences résistantes et certainement de vieille date. Dans le petit bassin les adhérences rendent à peu près impossible la séparation du rectum, de l'utérus et de la vessie. On ne constate ni vascularisation, ni membranes récentes, ni pus.

Enfin la cavité péritonéale contient environ 3 litres de liquide ascitique brun verdâtre.

L'intestin est ouvert dans toute sa longueur ; on ne trouve rien de particulier dans l'intestin grêle.

Dans le gros intestin on voit au contraire de larges plaques de vascularisation. Au niveau de la valvule iléo-cæcale existe une large surface où la muqueuse a disparu, cette ulcération présente un fond jaunâtre, des bords

nettement découpés et offre tous les caractères d'une plaque de sphacèle.

Les reins sont pâles, mous ; la décortication est assez facile.

A la coupe la substance corticale diminuée d'épaisseur, présente une coloration jaune pâle.

Le foie est entouré d'une coque épaisse d'adhérences. Le tissu hépatique est remarquablement mou. Poids, 1100 gr.

Cœur. Légère hypertrophie du ventricule gauche.

Un peu de congestion aux deux bases des poumons.

Examen anatomo-pathologique par le Dr Poupinel. — Masses polykystiques développées aux dépens des deux ovaires. Le kyste gauche pèse 700 gr., le droit 550 gr.

Les deux tumeurs réunies contenaient 9 litres de liquide.

Quelques loges sont remplies de végétations blanchâtres ou blanc rosé.

La surface externe des deux masses polykystiques est presque entièrement couverte de volumineuses végétations en choux-fleurs, blanc jaunâtre, quelques-unes sont rosées, les autres caséifiées.

Examen histologique. — Les coupes ont porté sur différents points des deux tumeurs et de préférence aux points où existaient simultanément des végétations extra et intra-kystiques.

Les tumeurs sont des épithéliomas mucoïdes végétants.

Elles sont constituées d'un stroma fibreux peu vasculaire, tapissé d'un revêtement épithélial continu de cellules cylindriques disposées sur une seule couche. La charpente des petites végétations est constituée de tissu fibreux ; celle des grandes végétations de tissu myxomateux.

Quelques-unes des grandes végétations présentent des enfoncements tubulés garnis d'épithélium cylindrique (aspect adénoïde).

Obs. 20. — Terrier et Pozzi. *Tumeur solide (épithélioma myxoïde) des deux ovaires. — Drainage du cul-de-sac recto-vaginal. — Guérison. — Soc. de chir.* Séance du 18 décembre 1878. *Bull. de la Soc.*, t. IV, p. 822.

Marie B..., 25 ans, jeune fille vigoureusement constituée, a été réglée à 14 ans, mais d'une façon très irrégulière ; elle fut atteinte de chloro-anémie à 19 ans, aménorrhée complète qui dura 4 ans.

En avril 1876 survinrent des douleurs abdominales qui durèrent 3 semaines ; il y eut du ballonnement du ventre, de la fièvre et on crut à une péritonite. Après cette crise violente, le ventre resta volumineux et commença à s'accroître sans douleurs toutefois.

L'aménorrhée dura jusqu'en janvier 1877 ; à cette époque les règles reparurent et restèrent régulières jusqu'à maintenant.

31 août 1876. On fit une première ponction qui donna issue à 10 litres de

liquide citrin. Le 28 novembre, deuxième ponction, évacuation de 12 litres du même liquide ; injection de 100 gr. de teinture d'iode, bien que le diagnostic formulé par le médecin traitant fût ascite. A la suite de cette opération survinrent des douleurs vives, de la fièvre, du ballonnement du ventre; ces accidents durèrent un jour et demi. En somme il y eut une légère péritonite.

Le liquide se reproduisit rapidement, mais avec moins d'abondance ; une troisième ponction fut faite le 14 juin 1877 et donna issue à 13 litres de liquide. Nouvelle injection iodée de 150 gr. suivie d'une péritonite violente qui dure 15 jours. 3 semaines après le ventre était aussi gros qu'auparavant.

La malade se mit alors entre les mains d'empiriques et fut soumise à des purgations répétées ; quoi qu'il en soit, l'ascite diminua notablement et demeura stationnaire pendant 8 mois.

Le 2 mars 1878 quatrième ponction évacuant 16 litres de liquide ; l'épanchement ne se reproduisit qu'au bout de 7 semaines.

Le 22 juin, cinquième ponction, évacuant 14 litres de liquide.

Ce fut à la fin d'août 1878, que la malade fut adressée à M. le docteur Pozzi.

Le ventre offrait le volume qu'il présente au terme de la grossesse : la fluctuation très superficielle est transmise uniformément dans toutes les directions. La sonorité est localisée au niveau de l'épigastre, les changements de position de la malade ne la font pas se déplacer. Par le toucher vaginal on n'atteint que très difficilement le col, et on ne peut rien sentir dans les culs-de-sac. L'état général est excellent, sauf des digestions un peu laborieuses et une constipation opiniâtre qui oblige la malade à user des pilules purgatives. La marche est rendue pénible par le poids de l'abdomen, aucun travail n'est possible, aussi Mlle B... réclame-t-elle avec insistance une opération.

Pour faciliter l'exploration de l'abdomen et formuler un diagnostic, M. Pozzi fait une nouvelle ponction (6e) qui permit d'évacuer 14 litres d'un liquide parfaitement citrin et fluide, légèrement mousseux.

Le Dr Mélin qui voulut bien se charger de l'examen chimique de ce liquide le considère comme un liquide d'ascite, probablement produit par la présence d'une tumeur solide (utérine) ? Ce liquide contient d'assez nombreux leucocytes pour justifier la présence de quelques flocons d'albumine.

Le liquide a laissé 54 gr. de matières fixes par kilogramme. M. Chambard, préparateur au laboratoire d'histologie du Collège de France, a étudié le même liquide, au point de vue micrographique.

« Le liquide, dit-il, est fortement chargé de mucine ; il ne contient comme éléments figurés, que d'assez nombreuses cellules lymphatiques gonflées par la transformation muqueuse de leur protoplasma, et très analogues aux

cellules dites salivaires ; on y trouve aussi quelques hématies et de rares lamelles de *cholestérine*. L'examen le plus attentif n'a pas permis d'y découvrir aucune cellule épithéliale. »

Après cette ponction, le palper abdominal permit au Dr Pozzi de sentir très nettement une tumeur dans le flanc gauche. Cette tumeur paraissait avoir le volume d'une tête de fœtus à terme, sa consistance était élastique, ses connexions avec l'utérus paraissaient intimes, car les mouvements imprimés à la masse morbide se transmettaient au col, exploré par le toucher vaginal. La mobilité de la tumeur était très nette, mais peu étendue. A droite, la tumeur déborde sensiblement la ligne médiane, mais paraît s'enfoncer dans le petit bassin où on la suit difficilement.

Je fus appelé à voir la malade quelques jours après la ponction, alors que du liquide s'était déjà reproduit dans l'abdomen, le diagnostic posé après une étude attentive des antécédents et de l'état actuel, fut : « Tumeur solide de l'ovaire gauche avec un grand kyste, ou bien plutôt avec une ascite symptomatique. » L'intervention chirurgicale fut jugée possible, bien que les connexions étroites de la tumeur avec l'utérus fissent présager de grandes difficultés opératoires.

L'opération fut pratiquée le 26 septembre 1878 par le Dr Pozzi, avec ma coopération et avec l'assistance des Drs Charles Monod, de Sinéty, Le Blond et Schwartz.

Incision de 8 centimètres sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic, grande vascularité des parois abdominales, nécessitant l'application de nombreuses pinces hémostatiques. L'ouverture du péritoine donne issue à une grande quantité de liquide ascitique : on aperçoit alors une masse mamelonnée en chou-fleur qui remplit toute la cavité pelvienne et remonte jusqu'à l'hypogastre.

Cette masse qui paraît formée par une multitude de petits kystes agglomérés, offre le volume d'une tête de fœtus à terme. En portant la main autour d'elle, on constate qu'elle est libre dans toute son étendue, sauf au niveau du ligament large, et de l'utérus qu'elle coiffe pour ainsi dire, et avec lequel elle paraît faire corps. L'incision abdominale, jugée insuffisante pour extirper cette tumeur, fut prolongée à gauche, en contournant l'ombilic, et dans une étendue de quatre centimètres.

Passant alors ma main en arrière de la cavité polykystique, je parvins à la séparer en deux parties et à la circonscrire à droite en la dégageant du cul-de-sac recto-vaginal où elle était enfoncée. Une broche et une anse de fil de fer furent placées à la base de ce segment gauche de la tumeur sur le pédicule de l'ovaire gauche, près de l'angle gauche de l'utérus qu'on a pu découvrir entre les deux principaux lobes de la masse polykystique. Le serre-nœud étant placé, le pédicule de la tumeur fut solidement étreint, puis la section fut faite à l'aide d'un couteau à amputation, la ligature et la

section comprenaient la trompe gauche ; il en résulta une sorte de moignon épais et presque sessile.

La même opération fut faite pour le lobe droit; toutefois, ce lobe, plongeant jusqu'au fond de l'excavation pelvienne, dans le cul-de-sac recto-vaginal, il fut très difficile de le faire basculer en avant, de manière à l'attirer au dehors. Une broche et une première ligature en fil de fer furent aussitôt placées sur le pédicule qui n'était autre que la trompe gauche.

Les deux tumeurs polykystiques ainsi élevées, on se trouvait en présence de deux pédicules qui beaucoup trop courts ne pouvaient être fixés au dehors. Il fut donc résolu de substituer aux deux ligatures métalliques des ligatures de catgut, de manière à laisser les deux pédicules dans l'abdomen. Deux ligatures furent appliquées à gauche, trois autres du côté droit. Cette partie de l'opération fut la plus longue et la plus laborieuse. Il fallut ensuite nettoyer avec soin le petit bassin souillé par du sang, et de nombreux débris de la tumeur qui s'est pour ainsi dire émiettée partiellement, sous forme de fragments ayant l'aspect d'hydatides.

La cavité abdominale offrait alors un aspect très singulier ; le péritoine pariétal représentait une rougeur lie de vin, indice d'une vascularisation exagérée, à laquelle, comme on l'a vu, les parois abdominales avaient elles-mêmes participé.

Les intestins, réunis en un paquet volumineux, étaient parfaitement maintenus par des adhérences et n'avaient aucune tendance soit à faire hernie hors de la plaie, soit même à descendre dans le petit bassin.

Ces deux particularités : la vascularisation anormale du péritoine et l'agglutination complète des anses intestinales sont évidemment les résultats de la double injection iodée suivie de péritonite, qu'a subie la malade.

L'enkystement de l'ascite explique les incertitudes du diagnostic formulé plus haut, la collection liquide ayant la plupart des caractères d'un grand kyste ovarique.

Par suite de cette disposition, la place occupée par la tumeur n'avait aucune chance d'être remplie par le déplacement des anses intestinales et en particulier le cul-de-sac recto-vaginal demeurait largement béant.

En présence de ce fait, M. le Dr Pozzi insista pour qu'un tube à drainage fût placé dans cet espace vide, où devait, forcément, lui semblait-il, se faire une exhalation séro-sanguine. A ce moment surgit une nouvelle difficulté, le fabricant d'instruments de chirurgie présent à l'opération, n'avait pas apporté de trocart. On se passa de cet instrument en faisant à l'aide de ciseaux et par l'intérieur de l'abdomen une incision sur le cul-de-sac recto-vaginal, soulevé sur l'index introduit dans le vagin. Le tube fut ensuite entraîné avec des pinces.

L'utérus offrant de chaque côté la section des pédicules des tumeurs ovari-

ques, reste isolé à la partie antérieure du petit bassin, il est fortement porté en avant.

La toilette de l'excavation pelvienne achevée le ventre fut fermé par huit points de suture profonds de fil d'argent et deux sutures superficielles. On laissait dans le ventre 9 ligatures de catgut et l'anse du tube à drainage, dont une extrémité sortait par le vagin, l'autre au-dessus du pubis.

L'opération, le pansement compris, avait duré 1 heure 1/2 en tout. Le Dr Pozzi fut seul à donner des soins à la malade ; dans les premiers jours qui suivirent l'opération, la malade eut une fièvre assez vive, 39°,5 ; du reste pas de vomissements, pas de nausées, un peu de sensibilité du ventre, seulement du côté gauche et à la pression. Il se produisit un abondant écoulement de liquide séro-sanguinolent par le drain ; des lavages à l'eau phéniquée, puis à l'eau alcoolisée et phéniquée furent faits dans le vagin et dans le drain. La malade fut sondée régulièrement.

Le 3e jour (29 septembre), la température baissa un peu (38°,2), l'état général paraissait meilleur, les douleurs provoquées par la pression du ventre étaient disparues.

La suppuration apparaissant au niveau du drain et dans le vagin, la température s'éleva les jours suivants et atteignit 39°,8 le 7e jour qui suivit l'opération ; toutefois vu l'absence de tout accident du côté des voies digestives et du péritoine, la malade pouvait déjà s'alimenter un peu.

Les points de suture furent enlevés rapidement 6 (4 profonds et 2 superficiels) le 4e jour et les 4 autres le 7e jour.

A partir du 5e jour (3 octobre 1878) l'état fébrile persista pendant encore une dizaine de jours, tout en diminuant peu à peu ; en effet la température oscilla entre 39°,8 le 6 octobre, et 38°,5 le 12 octobre. Le 7 une traction est faite sur le tube à drainage, de manière à ce qu'il cesse de passer au-dessus du pubis ; du reste un fil relie les deux extrémités dont la supérieure plonge ainsi directement dans le petit bassin, tandis que l'inférieure continue à sortir par le vagin. C'est un pas de fait vers l'ablation du tube.

On continue les injections par le drain et par l'orifice abdominal occupé précédemment par le tube à drainage.

Le 9 octobre, le toucher vaginal permet de reconnaître que le tube est tombé dans le vagin, le fil qui réunit les deux extrémités libres fait seul séton. L'orifice sus-pubien est encore béant et des injections faites par le vagin viennent y sourdre lentement.

Le 10. La suppuration est à peine sensible. L'injection (1 litre 1/2 environ) sort avec une légère teinte opaline ; le bas-ventre commence à se déprimer, comme pour combler la cavité qu'y a laissée l'ablation de la tumeur.

Le 11. Le tube et le fil sont retirés. L'injection faite par l'ouverture sus-pubienne ne pénètre plus ; celle qu'on fait par le vagin vient encore sourdre par l'orifice sus-pubien.

Le 12. La malade urine seule pour la première fois et depuis on ne l'a plus sondée.

Une légère purgation provoque quelques troubles digestifs et un vomissement, le seul qu'ait jamais eu la malade.

A partir de ce jour, malgré une élévation persistante de la température, la convalescence commence; la suppuration vaginale cesse et l'orifice sus-pubien s'oblitère peu à peu, ce qui amène quelques accidents de rétention les 18, 19 et 20 octobre. Ce dernier jour, au moment où on faisait l'injection, il s'écoula environ deux grandes cuillerées de pus crémeux par l'orifice sus-pubien; une exploration faite avec une sonde en gomme permet de constater que celle-ci pénètre facilement à 40 cent. de profondeur. Il existe un peu d'empâtement à la partie inférieure de la cicatrice. Le 22 octobre, ouverture spontanée d'un petit abcès, au niveau de la partie inférieure de la cicatrice, à 2 cent. au-dessus de l'orifice du drain; il s'en écoule environ deux cuillerées de pus.

A partir de ce moment, la guérison a marché avec tant de rapidité et si régulièrement que M. le Dr Pozzi n'a plus jugé utile de rédiger l'observation jour par jour.

Les orifices sus-pubien du drain et de l'abcès se sont fermés promptement. La malade, toujours un peu tourmentée par des digestions difficiles, repart pour son pays à la fin de novembre ; elle était entièrement guérie.

Fait curieux à signaler et que je vous ai déjà mentionné à propos d'une double ovariotomie pratiquée par M. le professeur Verneuil, la malade de M. le Dr Pozzi a eu ses règles à la fin d'octobre et à la fin de novembre. Cette persistance de la menstruation, malgré l'ablation des deux ovaires, ne serait d'ailleurs pas très exceptionnelle, au dire de quelques ovariotomistes.

L'examen histologique de la tumeur fait au laboratoire d'histologie du Collège de France, par M. Chambard, permit de reconnaître qu'on avait affaire à un *kyste proligène* de l'ovaire, à un *épithélioma mucoïde* de M. Malassez.

Récidive rapide après opération incomplète.

OBS. 21. — ROUTIER. *Kyste multiloculaire végétant de l'ovaire gauche. — Ovariotomie incomplète. — Guérison. — Généralisation à la paroi abdominale et aux organes abdominaux, un an après l'opération.* In Thèse de HADGÈS, p. 68.

Mme F..., âgée de 40 ans, ayant eu cinq grossesses successives et normales. Pas d'antécédents héréditaires. Il y a six ans, elle ressentit des douleurs abdominales surtout pendant la nuit, qui du côté gauche de l'abdomen

remontaient à l'épigastre. Ces douleurs étaient plus intenses au moment des menstrues. La malade était essoufflée dès qu'elle faisait le moindre mouvement. Les urines étaient chargées d'acide urique, ce qui fit penser à un calcul de la vessie, l'examen dans ce sens resta négatif.

Il y a six mois, ces symptômes se sont accentués, le ventre a pris un volume considérable et des troubles gastriques caractérisés par de la dyspepsie, perte de l'appétit, vomissements, etc., sont venus s'ajouter aux autres symptômes.

Mme F... s'aperçoit par la palpation que le côté gauche de l'abdomen était plus saillant que le droit. M. le Dr Hache qui fut alors consulté l'adressa à M. Routier, à l'hôpital Laënnec.

A l'examen M. Routier constata qu'elle présentait des symptômes probables de kyste ovarique. Une ponction exploratrice pratiquée évacua quatre litres d'un liquide brunâtre, un peu visqueux. La tumeur s'effaça après la ponction, l'abdomen devint flasque ; on constatait cependant une légère matité dans le flanc gauche. M. le Dr Routier décide l'opération qu'on remet à un peu plus tard à cause de la proximité des règles. Pendant ce temps l'abdomen reprend peu à peu le volume qu'il possédait avant la ponction.

Mme F..., examinée de nouveau, le 15 décembre 1885, ne présente ni dysurie, ni constipation ; les règles ont duré cinq jours ; la langue est bonne, malgré une inappétence complète. Gêne respiratoire ; à l'auscultation du thorax, on ne constate rien d'anormal. L'abdomen forme une voussure considérable ; à gauche, l'ombilic est entraîné de ce côté. A travers la paroi abdominale antérieure assez épaisse, on sent une tumeur arrondie, régulière, qui arrive à huit centimètres au-dessus de l'ombilic, et déborde d'autant la ligne médiane à droite.

Dans cette zone, on sent de la fluctuation un peu partout. L'utérus est peu mobile, le col est dévié à gauche, le corps est couché du côté droit, effaçant ainsi le cul-de-sac vaginal correspondant.

Ovariotomie. — M. le Dr Routier procède à l'ovariotomie le 16 janvier 1886, avec l'aide de M. Terrier. On se trouve en présence d'un kyste sillonné de grosses veines, immobilisé dans le petit bassin, inclus dans l'épaisseur du ligament large gauche. On le ponctionne et on retire trois litres de liquide environ. L'énucléation totale étant impossible, on résèque une partie de la poche kystique. Le ligament large ayant été déchiré, trois points de suture au catgut rétablissent sa continuité.

Récurage de l'intérieur du kyste qui est garni de nombreuses végétations ; les parois sont grattées avec les extrémités des doigts et les bords de la poche sont fixés à la paroi abdominale. Deux drains de vingt centimètres sont placés jusqu'au fond de la poche. Pansement à l'iodoforme ; gaze de Lister et charpie de bois en sachets, tout autour de l'ouverture suturée de la paroi.

Le 25 janvier, ablation des sutures superficielles et de quelques sutures profondes. Raccourcissement graduel des drains.

Le 12 mars, cicatrisation complète ; la malade se considère comme guérie et sort.

Mme F... meurt le 5 décembre 1886, un an après le début de l'affection, par la généralisation du néoplasme à la paroi abdominale et aux organes abdominaux. On sentait en effet, par la palpation de l'abdomen, de nombreux noyaux sur la nature desquels il n'y avait pas lieu de se méprendre. Deux mois avant le terme fatal, la cicatrice abdominale s'était rouverte et laissait écouler un liquide ichoreux et fétide.

Examen histologique. — Cet examen, fait au Collège de France, a mis en évidence qu'on avait affaire à un épithélioma mucoïde kystique à nombreuses végétations.

Exemple de généralisation à la plèvre.

Obs. 22. — Boussi. — *Cancer des deux ovaires avec cancer consécutif du péritoine et de la plèvre droite sans aucune communication des lésions des deux séreuses entre elles.* — *Bull. Soc. anatom.*, 1877, p. 68.

Back..., Reine, 44 ans, ménagère, entre le 22 janvier 1877, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Adélaïde (service de M. Lancereaux).

23 janvier. Le matin à la visite, on constate les phénomènes suivants : Le faciès est amaigri, les pommettes sont saillantes, les yeux excavés. Les côtes font relief, les espaces intercostaux sont déprimés. L'abdomen est volumineux, mais au lieu de présenter la forme globuleuse de l'ascite ordinaire, il a la forme d'un thorax de gallinacé, autrement dit, il est en carène. Les parois abdominales sont très œdématiées, mais les veines, contrairement à ce qui a lieu dans la cirrhose, sont peu marquées. Les membres inférieurs sont également œdématiés. Le membre supérieur droit est aussi atteint d'œdème, le gauche n'est qu'amaigri. L'abdomen n'a grossi que depuis 5 semaines, son développement a précédé l'œdème des membres inférieurs, celui-ci l'œdème du bras droit.

La malade est couchée sur le côté droit. Elle ne peut se déplacer, ni être déplacée facilement. La pression de la région sous-ombilicale provoque de la douleur. A la percussion, matité dans la plus grande partie de l'abdomen. Cependant les renseignements fournis par ce mode d'exploration sont peu précis, vu l'œdème considérable des parois abdominales et la difficulté de placer la malade dans le décubitus dorsal.

Le foie paraît avoir son volume normal ; sa matité se confond au niveau de

sa limite supérieure avec une matité absolue de la région antérieure du poumon droit.

La malade présente une dyspnée considérable, mais elle ne crache pas ni se plaint de point de côté. L'exploration physique révèle une matité complète avec absence du murmure vésiculaire en avant et en arrière du poumon droit. Pas d'égophonie. Apyrexie complète. L'examen du cœur est négatif.

Incontinence d'urine. Pas d'albumine dans les urines. Quoique jeune encore, la malade a vu ses règles supprimées depuis quelques années. Cependant elle a eu cinq enfants. Par le toucher vaginal, on constate un col petit et normal et des scybales dans le rectum. Rien à noter du côté du tube digestif.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule dix litres environ d'une sérosité jaunâtre. Les deux ovaires apparaissent chacun du volume d'une tête de fœtus, de chaque côté de l'utérus. Ils sont allongés dans le sens vertical et lobulé. La partie supérieure de l'*ovaire droit* est jaunâtre et solide. A l'incision on constate la présence d'une masse jaunâtre analogue à de la matière encéphalique ramollie. Cette masse est composée de plusieurs lobes. La partie inférieure ramollie laisse échapper un liquide puriforme.

L'*ovaire gauche* est formé de trois parties. La supérieure est solide, l'inférieure liquide, l'intermédiaire solide et liquide. Le liquide est également puriforme, la substance solide est molle et jaunâtre comme du côté opposé.

Dans les deux ovaires les parois des poches purulentes sont tapissées de végétations jaunâtres de même nature que les masses solides. L'utérus est intact. A la partie antérieure et postérieure, il existe quelques végétations verruqueuses du péritoine. Les deux trompes sont distendues par du liquide ; leurs extrémités adhèrent aux ovaires. Le péritoine pariétal de l'abdomen est couvert de fausses membranes fort épaisses dont quelques-unes sont pigmentées, noires, d'autres cramoisies. Le péritoine viscéral est simplement injecté ou pigmenté. Il présente de plus quelques grains néoplasiques.

Le foie est un peu congestionné et un peu gros. La vésicule biliaire contient une bile brune, analogue à de la mélasse. *Le péritoine hépatique et le diaphragmatique sont sains.*

Le *pancréas* est dur, sclérosé et stéatosé. A la coupe, surface lisse et jaune. Les reins sont petits et indurés. Les bassinets dilatés. Rate saine. Les glandes lymphatiques sur le trajet de l'aorte sont indurées, lobulées et d'apparence caséeuse.

Le *cœur droit* est un peu dilaté. Cet organe est rempli de sang noir (ce qui semble indiquer que la mort a eu lieu par asphyxie). Il est un peu gros.

A l'ouverture, la *plèvre droite* est remplie d'un liquide sanguinolent. Le poumon correspondant fixe à la partie supérieure de la poitrine est affaissé

et revenu sur lui-même. La plèvre viscérale est épaissie (ce qui aurait rendu la perméabilité du poumon difficile si la survie eût permis la thoracentèse). Sur un point, elle présente une fausse membrane épaisse, lardacée, d'apparence cancéreuse. La plèvre pariétale est épaissie et le siège de végétations cancéreuses disséminées çà et là, les unes du volume d'une lentille, les autres d'un pois.

La *plèvre gauche* est saine. Il n'y a pas d'épanchement.

Le poumon gauche est œdématié. Rien de particulier à noter dans les ganglions bronchiques.

Réflexions. — L'intérêt de cette observation réside non seulement dans le volume à peu près égal des deux tumeurs, tandis qu'ordinairement un des néoplasmes est plus petit que l'autre, et dans l'intégrité de l'utérus, mais principalement dans la manifestation cancéreuse de la plèvre sans que l'on puisse invoquer l'extension de la lésion péritonéale à la séreuse pleurale.

La généralisation au péritoine pelvien est fréquente.

Obs. 23. — Terrier. — *Tumeurs kystiques des deux ovaires. — Généralisation à la vessie et au péritoine pelvien. — Ovariotomie. — Mort.* In Th. Hadjès, p. 44.

Mme Lieut..., âgée de plus de 60 ans, accuse un début de cinq ans à l'affection actuelle. Depuis 4 ou 5 mois environ, phénomènes généraux graves. *Ascite* considérable.

Ovariotomie. — Faite par M. Terrier, le 12 mai 1888. Liquide ascitique en grande abondance. Tumeurs très volumineuses végétantes remplissant toute la cavité du petit bassin. Celui-ci est tapissé comme d'une membrane sur une grande partie de son étendue.

Du côté de la vessie existent des masses néoplasiques, mamelonnées, dures, irrégulières, qui n'ont pas été enlevées. Adhérences multiples avec l'intestin.

Description macroscopique. (Due à M. le Dr Poupinel.) — Tumeurs très volumineuses pesant l'une 2 kil. 700 gr., l'autre 2 kil. 600, ayant l'aspect sarcomateux, de couleur gris jaunâtre, présentant de nombreux points caséifiés et creusés de nombreuses cavités irrégulières, anfractueuses, la plupart remplies de végétations en chou-fleur.

Examen histologique. — Épithélioma kystique végétant à cellules métatypiques ; lobes épithéliaux carcinoïdes, présentant de la dégénérescence

colloïde des cellules épithéliales. Les fragments examinés, pris, il est vrai, au niveau du pédicule d'une des tumeurs, présentent un stroma conjonctif fibreux très abondant par rapport au nombre et à l'importance des éléments épithéliaux.

Les vaisseaux y sont aussi très nombreux et très volumineux. On y trouve aussi du tissu adipeux en petite quantité. (Type carcinoïde ; dégénérescence colloïde des cellules épithéliales.)

Obs. 24. — Hartmann. (Résumée.) — *Cancer des ovaires. — Noyaux secondaires dans le péritoine. — Ascite. — Mort. — Autopsie.* In th. de Gundelach, p. 96.

La nommée Poitevin, âgée de 45 ans, est entrée le 9 juin 1883, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit n° 25, dans le service de M. le Dr Terrier.

Antécédents. — Depuis 1869, douleurs de ventre. Il y a trois mois phlegmatia du membre inférieur gauche. Dysurie. Douleurs dans le bas-ventre. Amaigrissement. Appétit médiocre. Toux.

État actuel. (10 juin 1883). — Le ventre est inégalement développé ; il est plus saillant à droite. On y constate la présence d'une tumeur dure, douloureuse, ayant le volume d'un œuf, située à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On trouve dans l'abdomen plusieurs autres tumeurs de moindre volume, l'une d'elles, de la grosseur d'une noix, est placée à droite de la ligne médiane ; on peut la faire glisser sous la paroi.

Les régions des flancs droit et gauche sont mates à la percussion et cette matité se prolonge jusque dans la région hypogastrique. Cette matité est due manifestement à une couche de liquide ascitique que la main déplace avant d'arriver sur les tumeurs.

Par le toucher vaginal on constate que l'utérus est abaissé et fixé ; les culs-de-sac sont comblés par des tumeurs résistantes, fermes, non douloureuses.

La circonférence de l'abdomen mesure le 15 juin au niveau de l'ombilic, 88 cent.

2 juillet. Douleurs très vives dans le ventre ; vomissements bilieux durant trois jours. Œdème de la jambe droite, puis de la gauche ; l'ascite augmente. Appétit nul. Albuminurie légère.

Le 12. L'état général semble un peu amélioré, mais l'œdème des membres inférieurs s'accentue.

Le 15. Plus d'albumine dans l'urine.

Le 28. Opération. Anesthésie. Incision médiane ; à l'ouverture du péritoine le liquide ascitique s'échappe à travers la plaie. On tombe sur l'épiploon qui est rempli de masses rouges, bourgeonnantes et de petits kystes

dont quelques-uns sont ouverts. On trouve des productions analogues dans le petit bassin, surtout dans la moitié droite; en arrière elles adhèrent étroitement aux parois. Durée de l'opération, 20 minutes. Soir, T. 38°,4; P. 118. R. 28. Pas de vomissements. Soif vive.

Le 29. Après une injection hypodermique de morphine d'un quart de seringue, la nuit à été calme. Pas de douleurs.

Dans la journée, émission de gaz par l'anus. T. 38° le matin, 38°,4 le soir. P. 112 et 118; R. 30 et 28.

Les jours suivants plegmon parotidien et mort le 8 août.

Autopsie. — Poumons et cœur sains, à la surface du péritoine pariétal, du mésentère et de l'épiploon petits noyaux cancéreux disséminés.

Le bassin est rempli par une masse adhérente à la paroi postérieure de l'excavation. Cette masse apparaît constituée par deux parties, accolées en arrière de l'utérus, mais faciles à séparer. A la partie antérieure de la tumeur on aperçoit les trompes. Les tumeurs paraissent donc formées aux dépens des ovaires dont il ne reste aucun vestige. Elles sont constituées par des masses d'un blanc grisâtre, de consistance variable et par un certain nombre de loges kystiques dont les plus grosses atteignent le volume du poing et contiennent un liquide assez analogue d'aspect au liquide des kystes ovariques.

La surface de l'utérus est parsemée de nodules semblables à ceux disséminés dans le péritoine.

La généralisation est fréquente à la suite de la récidive de la tumeur.

Obs. 25. — Lohlein. (Résumée.) *Berlin. Klin. Wochen.* 1881, p. 733.

Ovariotomie double pour kystes papillaires. Récidive neuf mois après. On sentait de petits noyaux sur l'épiploon et une nodosité dure du volume d'un œuf de poule sur le péritoine pariétal. Infiltration du petit bassin.

Obs. 26. — Nicaise. (Résumée.) *Soc. Chir.*, 1885.

F., 55 ans. Bon état général. Opération pour kyste multiloculaire. Récidive au bout de six semaines. Tuméfaction diffuse lobulée dans l'abdomen. Mort par pneumonie avec néphrite albumineuse.

Cas de généralisation au péritoine, à l'épiploon.

Obs. 27. — Sidney Jones. *Lancet*, 1882, t. II, p. 53.

Kystes multiloculaires des deux ovaires. Nodules papillomateux à la surface des deux kystes et disséminés sur le péritoine pariétal. Guérison au 36e jour.

Obs. 28. — Dawson. *Obstet. Soc. of. New-York*. Janvier 1884. In th. Poupinel, p. 88.

Kyste ovarique ponctionné. Développement en un an.

Papillomes. Incision exploratrice en décembre 1883. Tumeur papillomateuse de l'ovaire avec généralisation à tout le péritoine. Guérison de l'opération. État général atteint. Mort probable en peu de temps.

Obs. 29. — Terrier. — *Kystes végétants des deux ovaires, avec tumeurs secondaires du péritoine et de l'épiploon. — Ovariotomie. — Mort.*

Mme H..., d'Alger, âgée de 40 ans, serait souffrante du côté de l'abdomen depuis l'âge de 26 ans 1/2, époque de sa première couche ; toutefois elle eut encore deux enfants et se portait assez bien jusqu'à l'âge de trente ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Tout d'abord elle ressentit des ballonnements subits du ventre, puis il y a cinq ans survinrent de grandes douleurs abdominales avec gonflement du ventre, ce qui força la malade à garder le lit pendant quatre mois. Ces accidents disparurent et Mme H... se crut guérie pendant deux années, au bout desquelles après un voyage assez long elle fut reprise de douleurs abdominales et de gonflement du ventre. Après un mois de repos l'état redevint satisfaisant.

En décembre 1885, apparition nouvelle d'accidents abdominaux pour lesquelles la malade qui habitait Alger revint en France. Aux douleurs et au gonflement de l'abdomen s'ajoutèrent des troubles digestifs et des vomissements. Ces accidents se calmèrent après un mois, mais le ventre resta gros et tendu.

Depuis 1886 l'abdomen grossit peu à peu et c'est surtout pour ce phénomène qu'elle consulta un médecin ; on lui dit qu'elle avait un kyste ovarique.

En juin 1886, Mme H... présente tous les symptômes d'une ascite avec une tumeur abdominale profondément située. Rien du côté de l'utérus; uri-

nes normales en quantité et en qualité; menstrues très peu abondantes mais régulières. Troubles digestifs et douleurs abdominales s'irradiant dans la cuisse droite.

Ovariotomie le 19 juin 1886 avec l'aide de MM. Berger, Pereire et Just Championnière. On fait une large ouverture au ventre et on donne issue à une cuvette environ de liquide ascitique très visqueux. Un kyste se présente et est ponctionné (3 litres de liquide) ; on l'extrait avec deux ou trois kystes et des *végétations* ; le pédicule situé à droite est saisi par une pince courbe, puis lié avec deux fils disposés en X. Des adhérences épiploïques sont déchirées et liées avec du fil de soie fin.

L'épiploon est rempli de granulations et renferme de nombreux ganglions indurés. Le second kyste est extrait en masse ; il est situé à gauche et deux fils entre-croisés en X sont placés sur son pédicule. Ce kyste est multiloculaire et végétant. On voit alors que l'excavation recto-vaginale est remplie de kystes et de végétations qu'on enlève avec les doigts et racle avec les ongles. Deux fils sont placés sur des vaisseaux rectaux. Pendant ces manœuvres les ligatures du pédicule droit cèdent et doivent être refaites un peu plus bas. Toilette soignée du péritoine. Suture de la paroi faite avec neuf fils d'argent profonds et superficiels.

La première journée fut assez bonne, sauf un peu d'anurie. T. 38°,7. Le second jour, douleurs abdominales, vomissements porracés, toujours peu d'urine (400 gr. en 24 heures). T. 39° le soir.

Troisième jour, agitation vive et subdélirium, anurie, 40° de température. Mort après quarante-huit heures.

L'examen anatomique des ovaires et des granulations épiploïques fut fait au laboratoire d'histologie du Collège de France par M. le D[r] Poupinel, il en résulta que les ovaires étaient atteints d'épithélioma kystique mucoïde et que les noyaux secondaires du péritoine et de l'épiploon étaient aussi de nature épithéliale.

Cas de généralisation des tumeurs végétantes aux poumons et aux reins.

OBS. 30. — SEGOND. *Kystes prolifères des ovaires. — Suppuration d'une portion des Kystes. — Tumeurs secondaires rénales. — Pneumonie fibrineuse droite.* In th. HADJÈS, p. 59.

Rouffin Lucie, âgée de 32 ans, occupant le n° 15 de la salle Ste-Adelaïde.

AUTOPSIE. — Faite le 23 octobre 1884. Femme très maigre, ne présen-

tant comme lésion cutanée qu'une cicatrice linéaire blanchâtre située sur la paroi abdominale, sur la ligne médiane et s'étendant de l'ombilic au pubis ; des deux côtés de cette cicatrice se trouvent d'autres cicatrices plus petites de points de suture.

La paroi abdominale est très distendue. En l'incisant il s'écoule dix litres de pus crémeux. On voit alors que la cicatrice signalée précédemment ne présente aucune interruption et, en outre, que le liquide purulent qui s'est écoulé était renfermé dans une poche dont la paroi antérieure est constituée par la paroi abdominale, les parois supérieures et latérales, par une membrane conjonctive assez résistante et la paroi inférieure par un tissu mou de végétations soudées les unes aux autres et formant une masse grosse comme un œuf. Quèlques végétations plus petites sont isolées. D'autres ont envahi le corps de l'utérus dont on ne trouve plus de traces.

Les ovaires et les trompes des deux côtés sont remplacés par le tissu de végétations indiqué.

Au-dessus de la poche se trouvent les intestins refoulés et réunis en masse par des adhérences résistantes. Au-dessous de la poche le rectum et la vessie comprimés ne présentant pas de lésions.

Les uretères comprimés, mais néanmoins perméables dans le petit bassin sont dilatés au-dessus jusqu'à leur sortie des reins. La muqueuse de l'intestin est d'aspect normal dans toute son étendue.

Les *reins*, dont le tissu ne paraît pas altéré, renferment chacun un noyau blanchâtre, arrondi, mou, semi-transparent, gros comme un pois et situé sur la ligne qui sépare la substance corticale de la substance médullaire.

La rate est petite, diffluente et ne renferme pas d'infarctus.

Le diaphragme est refoulé en haut par la poche purulente qui soulève les intestins, le foie et l'estomac ; le sommet de sa convexité correspond à un plan passant au-dessous de la troisième côte.

Le péricarde renferme une cuillerée de liquide citrin.

Le cœur gros comme un poing d'adulte ne présente ni endocardite, ni lésion d'orifice.

Les deux poumons sont refoulés vers le hant de la cage thoracique. Les plèvres ne renferment pas de liquide.

Le *poumon gauche* emphysémateux, contient au niveau de son sommet deux petits kystes formant une petite masse grosse comme une noisette ; ces kystes renferment un liquide grisâtre. Ce poumon adhère en plusieurs points de son bord postérieur à la plèvre pariétale confondue à ce niveau avec la plèvre viscérale.

Le *poumon droit*, dont le lobe moyen et le lobe inférieur sont à l'état d'hépatisation grise, renferme au niveau de son sommet plusieurs petits kystes semblables à ceux du poumon gauche. Son bord postérieur est intimement soudé à la paroi thoracique, par symphyse des deux plèvres.

Larynx, pharynx, trachée, sans lésions visibles à l'œil nu. Muqueuses de l'œsophage et de l'estomac d'aspect normal.

Vésicule biliaire ne renfermait pas de calculs et remplie de bile rougeâtre. Voies biliaires perméables.

Foie de volume normal ; son tissu, jaunâtre et mou, graisse le doigt et répand une forte odeur de foie gras très marquée. Les centres nerveux encéphaliques ne présentent pas de lésions.

Examen histologique. — Cet examen fait par M. le Dr Luchard montre, dans les végétations de la paroi inférieure de la poche du kyste, quelles sont conjonctives et recouvertes d'un épithélium cylindrique. Elles sont composées et ramifiées et le stroma conjonctif qui les réunit renferme lui-même un grand nombre de petits kystes tapissés de cellules cylindriques. Les kystes du poumon sont entourés de tissu conjonctif dans lequel on trouve de petits kystes analogues.

Les noyaux des reins présentent la même constitution.

Le diagnostic anatomique de kystes prolifères des ovaires et des trompes avec petits noyaux de généralisation dans les reins et les poumons paraît donc justifié.

Un cas de récidive de tumeur végétante de l'ovaire et de généralisation au sein.

Obs. 31. — Poupinel. — *Épithélioma kystique multiloculaire végétant de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — Guérison. — Épithélioma du sein gauche récidivant deux fois après ablation totale. — Généralisation du cancer au péritoine et probablement aussi à la plèvre. — Mort. — Annales de Gynécologie*, janvier 1890.

Pour la 1re partie de cette observation, voir page 32, Obs. 16.

La seconde partie a été rédigée par M. Poupinel, d'après les notes recueillies par M. Hartmann.

Depuis vingt ans la malade portait près du mamelon gauche une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, de consistance ferme et non douloureuse ; cette petite tumeur a conservé le même volume pendant ce grand laps de temps, sans faire souffrir aucunement la malade, sans même lui occasionner la moindre gêne.

En juin 1887, trois mois après l'ovariotomie, Mme B..., éprouve par moments de petits élancements localisés au niveau de la petite tumeur du sein.

En février 1888, la malade s'aperçoit que la petite tumeur grossit légère-

ment et atteint peu à peu le volume d'une noix. Cette augmentation de volume n'est pas accompagnée d'une modification particulière dans la coloration de la peau.

Rentrée à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, le 17 mai 1888, Mme B... présente au sein gauche une tumeur dure du volume et de la forme d'un gros œuf, située sous la peau à laquelle elle paraît adhérer. Elle n'est pas douloureuse au palper ; à son niveau la peau est lisse et n'a pas subi d'altération dans sa coloration.

Les ganglions de l'aisselle ne paraissent pas être augmentés de volume.

Ablation du rein le 1er juin 1888 ; extirpation des ganglions situés dans la paroi postérieure de l'aisselle et dont on n'avait pas perçu l'augmentation de volume avant l'opération.

Mme B... sort de l'hôpital le 23 juin, la plaie n'est pas complètement cicatrisée : il reste quelques bourgeons charnus, mais la malade ne ressent aucune douleur et se sert facilement de son bras gauche. Son état général est excellent. L'abdomen présente, au niveau de la cicatrice de l'ovariotomie, une légère eventration, il est d'ailleurs souple, indolore et ne présente pas trace de tumeur. La malade a d'ailleurs engraissé depuis l'ovariotomie.

19 octobre 1888. Mme B... rentre à l'hôpital. Le néoplasme du sein gauche a récidivé, sous forme d'un noyau irrégulier, bosselé, du volume d'une noisette, adhérant par sa face profonde au grand pectoral. Opération du néoplasme récidivé du sein gauche quelques jours après l'entrée.

L'examen histologique des deux tumeurs du sein gauche fait par nous, au laboratoire de l'hôpital Bichat, montre que, comme pour la tumeur ovarique, il s'agit de productions épithéliomateuses. Dans certains points de la périphérie de la petite tumeur enlevée en second lieu (récidive opérée peu de temps après son apparition) on trouve nettement les caractères de l'épithélioma tubulé à cellules cylindriques. Partout ailleurs, dans les deux tumeurs, l'altération est plus avancée ; tantôt il s'agit de cavités tapissées d'un épais revêtement épithélial à cellules métatypiques, disposées sur un nombre considérable de couches, tantôt l'aspect est celui de l'épithélioma carcinoïde.

9 mai 1889. Mme B... entre à l'hôpital Bichat.

Son ventre a grossi de nouveau depuis la fin de février ; l'augmentation de volume de l'abdomen a été précédé de l'apparition de douleurs dans le côté droit du ventre, douleurs sans rapport avec la marche. Au niveau du sein gauche on constate que la cicatrice des opérations antérieures est dans toute sa partie externe et jusque vers l'aisselle soulevée par une tumeur développée en partie au-dessous de la cicatrice, mais surtout au-dessus de celle-ci. Constatée pour la première fois il y a trois mois, cette tumeur est étalée et lobulée, fluctuante par places, adhérente à la peau qui est extrêmement distendue au niveau des bosselures, adhérente aussi profondément au grand pectoral.

A la partie supérieure et interne de la tumeur existe une perforation donnant accès dans un court trajet fistuleux. Cette perforation s'est effectuée spontanément le 7 mai et a laissé écouler une petite quantité de liquide clair. Pas de ganglions dans l'aisselle, ni dans les creux sus et sous-claviculaires.

Dans l'abdomen existe de l'ascite avec fluctuation manifeste, distension de l'ombilic, dilatation des veines sous-cutanées, surtout dans la moitié sus-ombilicale de l'abdomen. Œdème des membres inférieurs.

La langue est bonne ; les digestions sont difficiles ; la constipation est habituelle, pas de vomissements. Un peu de gêne respiratoire depuis que le ventre grossit.

La température axillaire est légèrement élevée ; elle reste au-dessus de 38° tous les soirs et atteint même 39° à diverses reprises.

Le 11. Une ponction évacue 7 litres de liquide ascitique et permet de percevoir facilement l'existence dans l'abdomen de masses dures, multiples, occupant les diverses régions de l'abdomen, le péritoine pariétal, le grand épiploon ; le foie ne paraît en rapport avec aucune de ces tumeurs.

3 juin. Nouvelle ponction évacuant dix litres de liquide.

Troisième ponction le 26 juin. Analyse du liquide par M. Poulard, pharmacien du service ; densité : 1015, matières fixes 45,50 par litre. Enfin deux dernières ponctions le 11 et le 27 juillet.

La malade s'affaiblit de jour en jour, l'œdème des membres inférieurs augmente ; on constate les signes d'épanchement pleural bilatéral, enfin la malade s'éteint le 30 juillet.

Réflexions. L'autopsie ne put malheureusement être faite.

Cette observation nous a paru digne d'être rapportée pour plusieurs raisons. C'est d'abord un exemple de plus de la relation qui existe entre l'ascite et la nature végétante des tumeurs ovariques. Gundelach et Hadjès en ont d'ailleurs déjà tiré parti dans leurs thèses pour appuyer leurs conclusions.

Les végétations dans ce cas étaient, il est vrai, surtout internes ; mais il en existait aussi à la surface externe ; quelques-unes même, d'abord intra-kystiques, étaient devenues externes par perforation de la paroi fibreuse de la tumeur. Ainsi que nous l'avons dit dans notre thèse, ainsi que Gundelach et Hadjès l'ont répété depuis lors, l'ascite symptomatique des tumeurs végétantes elles-mêmes entraînent *un pronostic particulièrement grave* : l'observation ci-dessus en fournit un bel exemple.

L'histoire de la généralisation dans ce cas est aussi tout particuliè-

rement intéressante. Faut-il, ce qui paraît vraisemblable, considérer la petite tumeur du sein gauche contatée depuis vingt ans comme antérieure à la tumeur de l'ovaire ? Ne serait-elle pas aussi bien contemporaine de celle-ci qui, dans cette hypothèse, serait restée absolument latente pendant ce laps de temps ? Il est littéralement impossible de déterminer le moment précis *du début d'une tumeur ovarienne.* Le problème ci-dessus est donc insoluble, il nous paraît d'ailleurs d'importance secondaire.

Ce qu'il nous paraît plus important de remarquer c'est que cette malade, en possession d'un néoplasme, depuis vingt ans, a vu, depuis un temps impossible à préciser, un autre néoplasme évoluer indépendamment du premier dans un autre organe. Ce second néoplasme de nature maligne, alors que le premier affecte tout d'abord des caractères de bénignité absolue, grossit peu à peu, devient manifeste en 1886, évolue rapidement depuis lors et, en 1887, nécessite une opération. Trois mois après cette opération la tumeur du sein se développe et se transforme. Cet espace de trois mois est assez court pour que, si nous ne nous interdisions pas de quitter le domaine des faits pour celui de l'hypothèse, il nous paraisse difficile de ne pas voir entre l'ovariotomie et la transformation de la tumeur du sein autre chose qu'une simple coïncidence. La tumeur du sein stationnaire vingt ans est maintenant cliniquement et histologiquement maligne ; elle récidive par deux fois en moins d'un an et la deuxième récidive, en février 1889, coïncide avec le développement de tumeurs dans l'abdomen. Il y a cette fois véritablement généralisation du cancer et la malade ne tarde pas à succomber.

Nous devons signaler que cette observation est encore, à notre connaissance du moins, la seule dans laquelle un épithélioma kystique de l'ovaire ait été suivi d'un cancer du sein. L'extension au péritoine et aux organes abdominaux est pour ainsi dire la règle lorsqu'il y a généralisation ; l'extension au sein n'avait pas encore été notée. Nous ne pouvons que renvoyer à ce sujet aux tableaux qu'Hadjès et nous avons dressés dans nos thèses.

Mais le cas actuel si instructif est d'ailleurs complexe. L'existence depuis longtemps constatée d'une petite tumeur dans le sein, tumeur ayant vraisemblablement précédé la tumeur ovarienne pourrait expliquer l'apparition du cancer secondaire en ce siège exceptionnel. Mais toute interprétation plus rigoureuse des faits est impos-

sible, car bien que tout plaide en faveur de la nature primitivement bénigne de la tumeur du sein et que tout nous autorise à considérer la tumeur ovarienne comme la première manifestation clinique du cancer épithélial, chez Mme B..., il nous est bien impossible d'affirmer ou de nier catégoriquement la nature épithéliale de la petite tumeur du sein avant son accroissement de volume. La connaissance de ce fait aurait dans l'espèce une importance capitale, mais, il est vrai, purement théorique ; car si l'ignorance de la nature primitive de la petite tumeur du sein ne permet pas d'interpréter d'une façon indiscutable ce cas comme un cas d'épithélioma primitif de l'ovaire avec généralisation secondaire au sein, puis au péritoine, il est, au point de vue clinique, absolument évident que la première tumeur maligne, observée chez Mme B..., est la tumeur ovarienne. Peu importe alors que la tumeur du sein ait été primitivement de nature épithéliale ou non, elle n'est devenue un cancer que secondairement à la tumeur de l'ovaire.

Au point de vue de l'anatomie pathologique cette observation est également intéressante. Les tumeurs secondaires appartiennent bien au même type anatomique que la tumeur primitive. La nature maligne épithéliomateuse aujourd'hui indiscutée des kystes et tumeurs kystiques de l'ovaire, y est bien mise en évidence.

Les tumeurs végétantes peuvent avoir une marche très rapide et se généraliser au péritoine, à la plèvre et aux poumons.

OBS. 32. — *Épithélioma kystique de l'ovaire. — Généralisation. — Ovariotomie. — Phlegmatia alba dolens. — Embolie pulmonaire. — Mort.* Par M. POUPINEL. In th. POUPINEL, p. 99.

La nommée Armandot, Elise, veuve Danlos, âgée de 50 ans, marchande de journaux, entre le 20 mai 1885 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, salle Chassaignac, lit nº 2.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts jeunes. Le père d'une fluxion de poitrine, la mère d'une maladie de poitrine ayant duré deux ou trois mois (tuberculose ?).

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans 1/2. Toujours bien réglée, depuis lors, jusque vers 1882; à cette époque la menstruation devint irrégulière et la ménopause survint en 1884. Trois grossesses : la première à l'âge de 20 ans, la seconde à 26 ans et la troisième à 35 ans. Jamais de fausse couche ni de métrorrhagie. Une poussée d'ictère, il y a 6 ans. La teinte jaune des téguments a persisté un mois. Jamais d'autre maladie.

En août 1884, presque au moment de la ménopause, la malade commence à s'apercevoir que son ventre grossit. Le développement de l'abdomen, d'abord graduel et lent, jusqu'en mars 1885, est devenu beaucoup plus rapide depuis lors.

Entrée à l'hôpital Saint-Antoine, le 17 mai 1885, dans le service de M. Périer, elle est ponctionnée, le 12 mai. La ponction donne issue à 7 litres 3/4 de liquide citrin clair et limpide. Ne pouvant l'opérer à Saint-Antoine, M. Périer fait entrer cette femme à l'hôpital Bichat, le 20 mai.

Constipation habituelle. Miction normale; jamais d'œdème des membres inférieurs.

Ponction le 9 juillet. 7 litres de liquide ascitique sanguinolent. La palpation abdominale pratiquée après la ponction, fait reconnaître l'existence de masses dures, bosselées dans l'hypogastre. Au niveau de l'épigastre, on sent une bande indurée et mate, de la largeur de la main, légèrement oblique de gauche à droite et de haut en bas. Cette plaque, qui est peut-être constituée par l'épiploon induré, semble adhérer à la paroi abdominale. Matité dans les régions ombilicales et hypogastrique. Sonorité dans les flancs et dans les deux hypocondres. Développement légèrement exagéré des veines de la paroi. État général très satisfaisant. Embonpoint notable. A la percussion du thorax on trouve de la matité en arrière et à gauche, surtout à la base ; ni souffle, ni râles. Ni sucre, ni albumine dans les urines. La mensuration de l'abdomen donne pour la circonférence abdominale prise au niveau de l'ombilic 105 centim. Distance de l'ombilic à l'appendice xiphoïde 22 centim., au pubis 15 centim., à l'épique iliaque antéro-supérieure droite 24 centim., à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche 25 centim.

Opération le 21 juillet par M. Périer assisté de MM. Terrier et Just Championnière. L'anesthésie présente quelques difficultés. La malade asphyxie par intervalles et présente des irrégularités du pouls. L'anesthésie ne peut que difficilement être poussée jusqu'à résolution complète. Incision médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, jet de liquide ascétique sanguinolent. Le péritoine épaissi présente une plaque indurée sur la ligne médiane. Cette plaque est traversée par la partie inférieure de l'incision.

Sur la surface du péritoine et des intestins on constate de nombreuses granulations papillomateuses. Le petit bassin est occupé par une masse polykystique. On agrandit alors l'incision de la paroi abdominale jusqu'à la plaque indurée que l'on sentait à travers la paroi, c'est bien l'épiploon, induré, ratatiné et adhérent. Dans le bassin il existe deux masses kystiques l'une à peu près médiane, déborde un peu à droite la ligne blanche ; l'autre occupe la fosse iliaque gauche. Toutes deux du volume du poing environ, présentent à leur face externe des végétations nombreuses ; toutes deux sont implantées sur la même masse, solide, papillomateuse, fixée dans le petit bassin et adhérente à la corne gauche de l'utérus.

Après ponction et évacuation de leur contenu, les deux kystes adhérents ensemble sont enlevés. La cavité de gauche est légèrement pincée dans le pédicule formé à ses dépens et se trouve ouverte par la section opératoire. Suture de la paroi avec 9 fils d'argent profonds et 5 fils superficiels.

Pansement de Lister. Durée de l'opération 40 minutes.

Le soir, la température est à 38°,5, R. 36.

P. 98. Une piqûre de morphine pour la nuit.

Le 22. L'opérée se trouve bien, la face est encore un peu cyanosée. marbrée. Légère douleur dans le ventre. T. 38°,2. P. 100. R. 34.

Le soir, la malade a rendu des gaz par l'anus, elle a uriné 1,100 gr. d'urine en 24 heures. On lui a fait dans la journée deux injections de morphine d'une demi-seringue. T. 38°,8. P. 104. R. 46.

Le 23 juillet. La malade a uriné seule, 500 gr. d'urine en 24 heures T. 38°. P. 98. R. 37.

Le soir, l'opérée est toujours un peu oppressée. T. 38°,2. P. 108. R. 36.

Le 24. T. 38°. Ts 38°,8. P : 108. R. 30.

On transporte la malade de la salle d'isolement dans la salle commune. Elle souffre très légèrement du ventre et se plaint par moments d'accès d'oppression. Quelques douleurs dans le bras et la jambe gauches.

Le 25. T. 38°,4, soir, 38°,8. L'opérée se plaint beaucoup d'une douleur sur le trajet du membre supérieur gauche, presque dans l'aisselle. Un peu d'œdème de l'avant-bras et de la face dorsale de la main gauche. La cuisse gauche est également le siège de douleurs et d'œdème à sa racine (Plegmatia dolens).

Le 26. T. 38°, soir, 38°. Comme d'habitude, la malade est assez bien dans la journée et le soir elle éprouve un peu de dyspnée.

Le 27. Hier soir à 11 heures, la malade a été prise brusquement d'un accès d'oppression intense, sensation d'étouffement avec douleur péricordiale et est morte en une dizaine de minutes environ.

Autopsie le 27 juillet à 11 heures du matin. Réunion complète des deux lèvres de l'incision abdominale. Cancer généralisé péritonéal et intestinal ; semis de granulations sur les intestins, papillomes sur la paroi. Tous les ganglions mésentériques sont pris.

Epiploon ratatiné, induré et légèrement adhérent à la paroi. Masse cancéreuse à droite de l'utérus. Pédicule opératoire à gauche en parfait état. L'utérus est absolument normal. Le péritoine qui le recouvre est parsemé de granulations néoplasiques.

Dans la *plèvre gauche* il existe un épanchement séro-sanguinolent très abondant. Un petit noyau cancéreux sur la plèvre costale et plusieurs noyaux sur la plèvre diaphragmatique notablement épaissie. La plèvre droite est saine. Le poumon gauche est revenu sur lui-même. Le poumon droit de volume normal et d'apparence saine est légèrement congestionné à sa base.

Dans le tronc même de l'artère pulmonaire existe un gros embolus de 1 centimètre de diamètre environ sur 2 c. 1/2 de longueur. Cet embolus, qui oblitère complètement le tronc de l'artère pulmonaire, vient buter sur l'éperon résultant de la bifurcation de cette artère. Son point de départ est dans la veine fémorale gauche.

Examen anatomique. — La pièce provenant de l'opération du 21 juillet se compose de deux poches kystiques attenant l'une à l'autre et ayant l'une et l'autre le volume d'une grosse orange. La paroi externe de ces deux kystes est parsemée de végétations papillaires et en trois points elle est animée et distendue par trois petits kystes du volume d'une noisette à contenu citrin, visqueux. La cavité des deux kystes principaux est lisse dans sa plus grande partie et présente dans d'autres points des végétations papillaires.

Les parois des cavités sont d'épaisseur variable, plus épaisses au niveau de la juxtaposition des deux poches kystiques, et dans les points où elles contiennent de petits kystiques. Quelques-uns de ces kystes secondaires contiennent eux-mêmes dans leur intérieur des végétations visibles à l'œil nu.

Examen histologique. — Des fragments du kyste ont été placés dans l'alcool au tiers pour être ensuite dissociés; d'autres ont été durcies par l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool.

Le raclage de la pièce, après séjour de 24 heures dans l'alcool 1/3, montre dans le revêtement des cavités kystiques deux espèces de cellules : les unes sont des cellules cylindriques longues sans cils vibratiles, amincies au niveau de leur insertion, contenant un noyau allongé suivant le grand axe de la cellule. Ce noyau contient un, deux ou trois nucléoles, réfringents fortement colorés.

Les autres sont des cellules cylindriques basses, à gros noyau ovalaire, à un ou plusieurs nucléoles. Ces dernières cellules sont beaucoup moins abondantes que les précédentes. Il est fort probable qu'elles se trouvent situées dans l'intervalle laissé entre les pieds amincis des cellules précédentes. Cette disposition se voit d'ailleurs facilement sur les coupes. La face péritonéale de la tumeur est tapissée de cellules épithéliales plates, granuleuses à noyau, contenant, dans certaines cellules un ou plusieurs nucléoles.

Des coupes minces de la tumeur ovarique montrent qu'il s'agit d'un épithélioma kystique à cellules cylindriques dépourvues de cils vibratiles. Les kystes, de dimensions variables, sont remplis plus ou moins par des végétations à charpente conjonctive se continuant avec la paroi externe des cavités kystiques, et recouvertes d'un épithélium cylindrique régulier, continu avec celui des kystes et de même nature que celui-ci.

Dans un certain nombre de cellules du revêtement épithélial on constate la présence des boules hyalines, probablement constituées par de la matière

colloïde. La charpente de la tumeur ovarique dans son ensemble est constituée de tissu conjonctif presque toujours fibreux, embryonnaire en certains points et riche en vaisseaux sanguins. En certains points les cellules épithéliales, au lieu d'être groupées de façon à simuler des tubes glandulaires creux ou pleins, infiltrent le tissu conjonctif et sont disposés en série entre les faisceaux de ce tissu ; ce qui donne au point considéré l'aspect du carcinome.

Le noyau néoplasique de la plèvre costale est composé en majeure partie de cellules embryonnaires. La masse ainsi formée est sillonnée par quelques bourgeons épithéliaux.

Le noyau de la plèvre diaphragmatique est plus volumineux et probablement plus ancien. Il est composé de tissu conjonctif plus âgé, fibreux presque partout, embryonnaire seulement en quelques rares points. Dans ce tissu conjonctif se trouvent des bourgeons épithéliaux pleins et déjà en quelques points de petits kystes très nets. En d'autres points au voisinage des bourgeons épitheliaux, on trouve entre les faisceaux conjonctifs des cellules épithéliales isolées ou groupées par deux ou trois, infiltrées entre les faisceaux conjonctifs et ne formant pas de bourgeons. C'est le seul point où nous ayons trouvé une dégénérescence carcinoïde de la paroi d'une des tumeurs secondaires.

La tumeur du grand épiploon, manifestement de date plus ancienne, est aussi constituée par de l'épithélioma kystique avec stroma conjonctif fibreux. Les cavités kystiques y sont très nombreuses.

Obs. 33. — *Tumeurs végétantes des deux ovaires. — Généralisation au péritoine, au diaphragme et au poumon. — Mort. — Observation personnelle inédite.*

Marie W.., 56 ans, couturière, entre le 10 novembre 1889, dans le service de M. le professeur Duret (Hôpital de la Charité).

Aucun antécédent héréditaire. Métrorrhagies inexpliquées à 35 ans. Ménopause régulière à 40 ans.

Constipation opiniâtre ancienne et invincible. Douleurs violentes à l'hypogastre et dans les flancs.

Amaigrissement progressif, perte des forces.

État actuel. — Coliques violentes. Facies cachectique. Selles peu abondantes à la suite de lavements et de purgatifs à répétition. Le ventre n'est augmenté de volume que depuis quinze jours, ce qui est une nouvelle source de douleurs. La malade garde le lit dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies. Pas de vomissements.

Ventre légèrement augmenté de volume, globuleux, dur, tendu et sillonné de grosses veines bleuâtres, rénitent.

Palpation douloureuse. Exploration du petit bassin impossible.

Rétention absolue des matières et des gaz. Respiration laborieuse. Tumeur dure du volume des deux poings dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Le col de la matrice est reporté en avant, on sent par le toucher rectal la même tumeur qui obstrue complètement l'ampoule rectale.

L'état précaire de la malade ne permet pas de songer à une intervention ni de faire un examen plus approfondi. Les purgatifs et l'enteroclyse restent sans succès et la malade succombe le 20 novembre.

Autopsie. — Par M. le professeur Augier.

Un litre de sérosité roussâtre dans le peritoine. Météorisme. Anses intestinales libres. Le péritoine viscéral et pariétal est couvert d'un semis de granulations blanchâtres, proéminentes, à forme lenticulaire pour la plupart, quelques-unes d'un rouge vif.

Tapis presque continu de noyaux néoplasiques à la face inférieure du diaphragme. Le grand epiploon est rétracté, et transformé en un cordon dur infiltré de noyaux secondaires.

La plaie droite laisse écouler plus d'un litre de liquide rougeâtre. Très peu de liquide dans la plèvre gauche.

Poumons. — Lobe inférieur du poumon droit fortement atélectasié et présentant des noyaux indurés analogues à ceux du diaphragme.

Foie. — Pas de noyaux néoplasiques dans le parenchyme. La face supérieure du diaphragme au niveau du centre phrenique présente un assez grand nombre de noyaux secondaires, identiques à ceux qui tapissent la face inferieure.

Le corps de l'utérus ne présente pas trace de néoplasme, il est fusionné à la périphérie avec le kyste végétant de l'ovaire droit.

Le petit bassin est à moitié rempli par un kyste végétant de l'ovaire droit et une tumeur kystique de l'ovaire gauche.

Le kyste ovarique est flasque, du volume du poing, adhérent à sa partie inférieure et enclavé dans le petit bassin. Sur ses parois postérieures et latérales existent des végétations, les unes blanc grisatres, les autres jaunâtres, les troisièmes de couleur citrine. La paroi du kyste est d'un blanc fibreux, nacré.

Les masses néoplasiques unissent complètement tous les organes du petit bassin.

La tumeur gauche sur une coupe présente au centre un noyau blanchâtre de consistance fibreuse, ayant l'aspect de l'ovaire, du volume d'une petite amande. Ecorce ferme, blanc grisatre de 1/2 cent. d'épaisseur et rappelant l'aspect de la substance corticale de l'ovaire. Entre cette écorce et le noyau central, la cavité est presque entièrement comblée de végétations molles, gris blanchâtres ou rosées, à côté de végétations polypiformes, kystiques à contenu citrin.

Examen histologique. — Sur une coupe d'un fragment de la tumeur ovarienne on trouve à la périphérie une couche épaisse de faisceaux fibreux au sein de laquelle cheminent des vaisseaux volumineux, artères, artérioles, veinules. Les tractus fibreux sont formés d'éléments semblables à ceux de la charpente de l'ovaire.

Au-dessous de cette capsule d'enveloppe existe une couche dont les éléments irrégulièrement disposés et fibreux, circonscrivent des cavités tantôt larges, tantôt réduites à l'état de fente au sein desquelles sont entassées pêle-mêle des cellules de nature épithéliale, de forme et de dimension variables.

En certains points, les cellules sont encore disposées en couche de revêtement assez régulier ; ailleurs, elles offrent un arrangement tout à fait irrégulier. La plupart des amas épithéliaux les plus volumineux sont nécrosés. Il s'agit en somme d'une tumeur épithéliale atypique du genre des carcinomes.

Noyau du grand épiploon. — Au milieu des lobules adipeux du grand épiploon on trouve des amas épithéliaux dont les cellules sont exactement de même nature que celle de la tumeur principale.

Le développement de la charpente conjonctive de ce carcinome est rudimentaire et même nul par places, de sorte qu'en ces points les amas épithéliaux sont en contact avec les vésicules adipeuses.

Obs. 34. — *Épithélioma kystique végétant de l'ovaire. — Généralisation. — Mort.* Par M. G. Poupinel. In th. Poupinel. Paris, 1886 p. 106.

La nommée Méc..., Mariette, âgée de 29 ans, artiste lyrique, entre le 28 avril 1885, salle Chassaignac, lit nº 16, hôpital Bichat, service de M. Terrier.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une péritonite à l'âge de 36 ans. Père mort à l'âge de 55 ans, la malade ne sait de quoi.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. Toujeurs mal réglée. Ecoulement menstruel tous les quinze jours en moyenne ; pertes blanches dans l'intervalle. Très nerveuse d'ordinaire, cette femme a eu plusieurs fois des attaques de nerfs. En 1878-79 elle a été soignée par M. Brouardel qui la traita par le bromure et l'hydrothérapie. La menstruation est normale depuis ce moment. Les règles abondantes, foncées durent quatre ou cinq jours en moyenne.

Depuis l'âge de 21 ans (1877) la malade prétend sentir une petite bosse à droite du bas-ventre. Depuis 2 ans 1/2 (1883) l'abdomen grossit. L'augmentation de volume, lente et régulière d'abord, s'est effectuée rapidement et brusquement depuis un mois. Le ventre très douloureux à droite il y a cinq ans, est d'ordinaire peu sensible et le siège d'un malaise indéfinissable

(impatiences, etc.). La constipation est habituelle, la miction se fait facilement ; mais depuis quelque temps (un peu plus d'un mois) l'amaigrissement a été considérable.

Ponction le 4 mai avec l'aspirateur Potain, donne issue à 7 litres de liquide sanguinolent. Par le refroidissement et au repos ce liquide laisse déposer une couche de globules blancs, une couche de globules rouges, à la surface nagent de petites paillettes de cholestérine. Après la ponction on sent dans la fosse iliaque droite des masses, dures, bosselées, inégales : ce sont vraisemblablement des masses polykystiques.

Les règles réapparaissent le 6 mai et persistent encore légèrement le 12 mai.

Etat actuel (12 mai). — La mensuration de l'abdomen donne pour la circonférence abdominale prise au niveau de l'ombilic, 87 cent. Distance de l'ombilic à l'appendice xiphoïde, 16 cent.; au pubis, 21 cent.; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 21 cent.; gauche, 23 cent.

L'abdomen est légèrement asymétrique, un peu plus développé vers la droite ; il est souple. L'ombilic est déplissé. La percussion fait reconnaître l'existence de sonorité sur la ligne médiane de l'appendice xiphoïde à moitié de sa distance à l'ombilic et dans les deux hypocondres. Matité dans tout le reste de l'abdomen.

A la palpation sensation de flot très nette dans presque toute la zone de matité. Masses dures dans la fosse iliaque droite et immédiatement au-dessus du pubis à droite (utérus?).

Le toucher utérin montre que l'utérus est petit, situé derrière le pubis. Tout le cul-de-sac postérieur est occupé par la tumeur. L'auscultation du thorax fait reconnaître l'existence de froissements sus-pleuraux à la base du poumon droit en arrière jusqu'à la moitié de la hauteur. Le sommet droit est suspect : quelques craquements secs en avant sous la clavicule.

Opération le 21 mai, par M. Périer. assisté de MM. Terrier et Just Championnière. Anesthésie par M. Paul Berger.

Un peu d'asphyxie pendant l'anesthésie.

Incision médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine écoulement assez abondant de liquide ascitique. Végétations néoplasiques, papilliformes sur toute la paroi abdominale.

Il existe un kyste ovarique occupant tout le petit bassin et adhérent à tous les organes voisins. L'épiploon ratatiné forme une masse parfaitement isolable du volume d'un œuf de poule. On le résèque après avoir lié un pédicule avec un fort fil de soie. La suture de la paroi est faite avec 11 fils profonds et 4 superficiels. Durée de l'opération, 25 minutes.

Le fragment d'épiploon réséqué est porté immédiatement au laboratoire d'histologie du Collège de France.

(Les coupes ultérieures ont démontré qu'il s'agissait là d'un épithélioma kystique prolifère avec végétations intra-kystiques très abondantes.)

12 mai. T. 38°. P. 108. R. 24.

Deux vomissements aqueux depuis l'opération.

Le 13. Trois vomissements jaunâtres aqueux ; aucune douleur abdominale. Urine, 500 gr. en 24 heures.

Le 17, matin. Ablation de moitié des sutures, premier pansement. On reporte la malade dans la salle commune. Elle tousse quelque peu et se plaint d'oppression.

Le 20. Deuxième pansement. Réunion parfaite. Sulfate de quinine, 1 gr.

Le 28. L'opérée se remonte un peu. La température oscille toujours entre 38° et 40°, sauf le matin du 24 et du 25 où le thermomètre marque 37°,6.

Le 30. L'amaigrissement persiste. Un vomissement.

2 juin. Encore un vomissement. Le ventre est presque aussi volumineux qu'avant l'opération. Commencement d'eschare au sacrum et aux trochanters. Todd. Extrait de quinquina. Champagne.

Le 8. Diarrhée persistante depuis le 6. Vomissement le matin. Cicatrice abdominale s'amincit sensiblement, surtout à sa partie supérieure. Glace. Lait. Bismuth. Poudre de viande.

Le 16. Hier soir, la cicatrice distendue, réduite à une mince pellicule épidermique s'est rompue à la partie superieure et le liquide ascitique de l'abdomen s'est écoulé toute la nuit, malgré l'application de collodion et d'ouate sur l'ouverture.

Le 27. Le suintement par la plaie abdominale semble arrêté. La diarrhée a cessé presque complètement. La température se maintient entre 37° et 38°,6. Pansement antiseptique.

Le 28. Ce matin, grand frisson. Température 40°,4. La diarrhée a repris depuis une huitaine. L'état général baisse sensiblement. Œdème des membres inférieurs.

Soir 38°,9 ; un peu de subdélirium.

29 juin, T. m. 37°.-T. s. 39°,6, ne s'alimente presque plus.

Vomit lait et champagne. Bat la campagne. Diarrhée abondante.

Le 30. Le subdélirium s'accentue, la malade s'éteint peu à peu et meurt le 3 juillet à 7 h. du matin.

Autopsie, le 4 juillet à 10 h. du matin. Œdème des membres inférieurs plus marqué à droite.

La cicatrice ombilicale est résistante à sa partie inférieure et perforée à sa partie supérieure où se remarquent quelques bourgeons grisâtres. Le péritoine est littéralement blindé par une épaisse couche de néoplasme de 0,005 millim. d'épaisseur en moyenne. Péritonite généralisée adhésive soudant entre elles les anses intestinales et réduisant la cavité abdominale à deux poches contenant chacune environ deux verres de pus. Chacune de ces poches est limitée par une paroi épaisse de néoplasme. Il existe en outre une collection purulente entre la face antérieure de l'estomac et la face infé-

rieure du lobe gauche du foie. La partie inférieure de la cavité abdominale est occupée par une masse polykystique remplissant tout le petit bassin et englobant tous les organes qui s'y trouvent. La vessie est saine mais adhère intimement à la tumeur par sa face postérieure et ses bords. Du côté droit le tissu cellulaire péri-rénal présente un petit noyau néoplasique d'apparence récente.

L'utérus situé à la partie antérieure de la tumeur est reporté à droite. Il contient dans son épaisseur plusieurs fibromes interstitiels. Sa cavité mesure 12 cent. de long. La masse polykystique qui forme une espèce de fer à cheval à concavité antérieure logeant l'utérus, atteint le volume d'une tête d'adulte environ. Les poches qui la composent contiennent un liquide dont la consistance et la couleur varient. Le liquide toujours épais et visqueux, présente tantôt une coloration verdâtre, bilieuse, d'autres fois il est brun chocolat. Dans une troisième poche on trouve une masse de la couleur et de la consistance du mastic. Des paillettes de cholestérine se rencontrent presque dans toutes les variétés de liquide. Les parois de toutes les cavités kystiques sont d'épaisseur très variable ; la plupart sont tapissées, intérieurement, de végétations épithéliales. Dans l'épaisseur de la paroi de la plus grande poche on trouve une masse dure, de consistance cartilagineuse. A la partie médiane et supérieure de la tumeur, on trouve une masse volumineuse de bourgeons faisant hernie à travers un orifice de la paroi et constituant très probablement le point de départ de la généralisation.

A la face inférieure du foie deux petits nodules dans l'épaisseur de la capsule fibreuse.

Le rein droit est sain. Sur la face antérieure du rein gauche, qui est d'ailleurs dans un état de putréfaction avancée, s'observent trois masses bourgeonnantes, aplaties, du volume d'une pièce de 5 francs. Le tissu rénal est pourri ou suppuré. Le bassinet est rempli de pus et l'uretère est fortement dilaté.

Rate saine. Quelques nodules cancéreux à sa surface.

Pleurésie sèche à droite, pas de néoplasme même sur la plèvre diaphragmatique. Poumons crépitants, aux deux sommets petites excavations tuberculeuses cicatrisées, quelques tubercules crétacés. Cœur petit. Ventricule droit un peu dilaté. Valvules saines. Cerveau sain.

Examen histologique. — Dans la tumeur épiploïque réséquée, on voit de petits lobules jaunes, d'apparence adipeuse et de petits lobules blanc rosé, devenant blancs au contact de l'alcool. Les uns sont très petits; les autres plus volumineux ont l'apparence de lentilles à contour parfaitement limité. Dans l'intérieur de quelques-uns, apparence de cavité irrégulière. Ce paraît être de petits kystes comblés par des végétations. Des coupes minces examinées après coloration au picro-carminate, montrent que cette tumeur est constituée par de l'épithélioma kystique à cellules cylindriques

dépourvues de cils vibratiles. Les kystes de volume variable sont remplis presque complètement de végétations en choux-fleurs.

Ces végétations, très volumineuses, sont constituées d'une charpente conjonctive recouverte d'un épithélium cylindrique. Dans la trame de cette tumeur, s'observent des globules de matière colloïde, du tissu adipeux et de nombreux et volumineux vaisseaux sanguins. La tumeur ovarique est aussi constituée d'épithélioma kystique. Les parois des poches principales sont composées de tissu conjonctif fibreux, disposé par couches parallèles. En certains points tissu cartilagineux.

La paroi comme celle de la tumeur épiploïque est fréquemment atteinte de dégénérescence colloïde.

Les cavités sont toutes tapissées d'un épithélium cylindrique bas. Dans les cavités principales font saillie plusieurs végétations peu volumineuses, mais dont chacune présente déjà la texture de l'épithélioma kystique avec végétations intra-kystiques exubérantes.

Le petit noyau néoplasique situé à droite de la vessie, dans le tissu cellulaire voisin, présente de petits kystes épithéliaux, les uns sans végétations intra-kystiques et pleins de substance muqueuse, les autres pourvus de végétations plus ou moins abondantes. Le stroma conjonctif fibreux contient beaucoup de cellules en dégénérescence colloïde.

Des fragments de rate examinés contiennent de l'épithélioma séparé du tissu splénique par une coque fibreuse, épaisse et recouvert par le péritoine. A la surface du foie, amas de fibrine et de bourgeons épithéliaux pleins.

Le rein gauche est trop altéré pour qu'on puisse distinguer nettement quoi que ce soit.

Obs. 35. — *Tumeurs cancéreuses végétantes des deux ovaires. — Généralisation. — Abstention de toute opération. — Ponctions multiples; issue d'un liquide hématique. — Mort. — Autopsie.* Personnelle inédite.

Le 14 mars 1888, la nommée Lombaert, Hermance, couturière, âgée de 52 ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Duret.

Pas d'antécédents morbides héréditaires, ni personnels. Ses règles ont apparu à l'âge de 12 ans, et elles ont toujours été régulières. Pas d'accouchement. A 32 ans, à la suite d'un coup de pied sur l'abdomen, la malade avorta à 4 mois 1/2 de grossesse et garda le lit durant trois mois ; elle souffrait alors du ventre et avait de la fièvre, mais à aucune période de la maladie elle n'eut de vomissements, ni de diarrhée. Après trois mois de repos, Lombaert put reprendre son travail.

Vers l'âge de 48 ans, les règles deviennent plus fréquentes et prolongées,

durent parfois huit jours et apparaissent à huit ou quinze jours d'intervalle. Le sang est noir, en caillots, sans odeur.

Les choses restent en l'état pendant 2 ans, et vers le commencement de 1885 notre malade éprouve des douleurs à l'hypogastre, accompagnées d'hémorrhagies qui durent environ quinze jours. Un médecin consulté aurait constaté par le palper, l'existence d'une tumeur abdominale du volume d'une tête de fœtus et siégeant dans la fosse iliaque droite où les douleurs ont leur maximum d'intensité.

Ces douleurs persistent très fortes pendant trois semaines et vont ensuite s'atténuant peu à peu pour disparaître au bout de 2 mois.

Durant ce temps la malade maigrit et perd des forces, son état général faiblit et ce n'est que plusieurs mois après la disparition des douleurs et des hémorrhagies que la santé renaît.

En septembre 1887 les douleurs abdominales reparaissent surtout dans l'effort de la défécation ; la marche est gênée, mais elle n'est pas douloureuse. Le ventre augmente lentement de volume et l'œdème apparaît aux membres inférieurs, mais il disparaît au repos.

Au mois de novembre le ventre prend subitement un développement considérable, l'œdème reparaît aux membres inférieurs et persiste jusqu'à ce jour ; la malade est amaigrie, faible, et prend une teinte jaune paille.

État actuel. — L'abdomen présente une distension énorme, l'appétit est conservé, les digestions sont faciles et les selles régulières. Les urines sont rares, sédimenteuses, sans traces d'albumine ni de sucre.

Gène mécanique très grande de la respiration. Pas de lésions pulmonaires. Palpitations au moindre effort. Point de lésions cardiaques.

Le ventre est régulièrement développé dans toutes ses parties : il a la forme d'un ovoïde à grosse extrémité inférieure. Dans sa partie la plus saillante, au niveau de l'ombilic, l'abdomen présente 122 centim. de circonférence, 113 centim. au niveau de l'épigastre. De la pointe de l'appendice xiphoïde au pubis il y a 55 centim. Les hypocondres sont peu soulevés ; la peau est distendue et mince, de grosses veines la sillonnent dans les parties latérales. La partie inférieure de l'abdomen et les cuisses sont œdématiées.

Dans le décubitus dorsal, la partie reculée des flancs et la région abdominale inférieure présente une matité absolue qui remonte sur la ligne médiane jusqu'à 12 centim. au-dessus de l'ombilic. La zone supérieure est sonore. La matité du foie remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessous du sein droit. On perçoit nettement la sensation de flot.

Dans le décubitus latéral droit, la sonorité ne se déplace guère, pourtant elle apparaît au niveau du flanc gauche.

La distension considérable du ventre rend toute exploration impossible. Par le toucher on sent un utérus dur et volumineux, le col est refoulé en avant.

Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse dure, lobulée, plus grosse que le poing et peu mobile. A cause de l'état général et des symptômes locaux, M. Duret pense à une tumeur maligne de l'ovaire en voie de généralisation et se propose de surseoir à toute opération.

Le 21. Première ponction. On retire 9 litres de liquide hémorrhagique. Soulagement notable ; respiration plus facile.

Le 24. La malade éprouve un malaise général et des douleurs autour de l'ombilic; son faciès dénote une grande fatigue. Somnolence. Constipation datant de quatre jours.

Le 25. Purgatif : deux selles abondantes amènent un soulagement immédiat.

6 avril. Seconde ponction. Liquide hématique en même quantité et présentant les mêmes caractères. Chiendent nitré et vin diurétique de la Charité.

Le 30. Ponction : 9 litres de liquide.

16 mai. Ponction : 9 litres. Après l'ablation du trocart, il s'écoule encore 4 ou 5 litres de liquide du péritoine. La malade se plaint de douleurs au niveau de la vessie et du canal de l'urèthre, surtout au début de la miction.

Le 23. Statu quo. Les fonctions digestives, respiratoires et circulatoires sont à peu près normales ; seules les douleurs de la miction persistent.

L'examen de l'abdomen après la ponction permet de sentir sur la ligne médiane au-dessus du pubis une tumeur dure, bosselée, paraissant unique, du volume d'une tête de fœtus, privée de mobilité latérale et semblant occuper la place de l'utérus.

Après ce nouvel examen plus complet, s'il est possible, M. Duret considère l'état général comme trop grave; le caractère toujours sanguinolent du liquide le confirme de plus en plus dans son diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire probablement propagée au péritoine. Il se prononce pour l'abstention définitive.

Le 26. Œdème considérable des membres inférieurs. L'ascite a reparu. Ponction : 8 litres de liquide.

26 juin. Ponction : 9 litres.

Le 27. Ponction : 9 litres.

7 juillet. Ponction : 14 litres ; amaigrissement notable.

Le 28. Ponction : 4 litres.

Le 29. Ponction : 12 litres.

9 août. Ponction : 12 litres.

8 septembre. Ponction : 11 litres 1/2.

Le 17. Ponction : 12 litres.

Au total 115 litres de liquide franchement hématique. Quelques jours avant sa mort la malade est prise d'une diarrhée abondante et hémorrhagique. Adynamie et collapsus. Syncope, toniques : alcool, café, malaga. Mort.

Autopsie. — Ballonnement considérable de l'abdomen, œdème très prononcé des membres inférieurs. Les parois du ventre sont minces et leurs muscles anémiés. La cavité péritonéale contient 5 à 6 litres de liquide ascitique rougeâtre.

La face interne de la paroi abdominale est tapissée de nodules blanchâtres, encéphaloïdes, formant ici des plaques, là des saillies du volume d'une noisette. Ces masses, néoplasiques sont revêtues d'un exsudat hémorrhagique qu'il est possible de décoller en certains points. La masse la plus considérable siège au niveau de l'ombilic : on y voit des nodules mous et d'aspect encéphaloïde. La masse intestinale rétractée est refoulée à la partie supérieure ; les anses adhérentes entre elles peuvent être facilement détachées, et çà et là, on trouve à leur surface des nodules secondaires encéphaloïdes, lenticulaires, presque sphériques ; quelques-uns même sont pédiculés.

Le grand épiploon est infiltré de masses néoplasiques volumineuses ; on trouve des noyaux jusque sur la face antérieure du foie.

L'une de ces végétations, située au niveau du bord antérieur du foie, au voisinage de l'insertion du ligament falciforme est de nature encéphaloïde et du volume d'une orange.

La vésicule biliaire est indemne, le diaphragme est refoulé très haut surtout à droite par l'épanchement ascitique. La face antéro-supérieure du foie est recouverte d'un exsudat fibrineux hémorrhagique, d'aspect réticulé. En arrière à l'union du diaphragme avec le foie on trouve une masse végétante, blanchâtre, du volume de deux poings et présentant l'aspect d'un bon chou-fleur.

Le bassin est occupé par deux masses dont l'une est formée par la matrice hypertrophiée ; en effet l'utérus a le volume du poing, il est situé sur la ligne médiane, empiète un peu dans le flanc gauche ; il est fusiforme, dur, blanchâtre, sa surface est revêtue d'un exsudat hémorrhagique.

Dans la fosse iliaque droite existe une tumeur fluctuante, adjacente à l'utérus ; c'est un kyste végétant de l'ovaire droit du volume d'une tête de fœtus ; il est accompagné de noyaux secondaires et à son sommet on trouve une masse végétante blanche qui paraît être l'extrémité inférieure du grand épiploon.

Le cæcum distendu par des gaz est refoulé en haut vers la fosse iliaque droite. Les ganglions lymphatiques du pli de l'aine droite sont envahis par le néoplasme ; la veine crurale est remplie par une masse encéphaloïde qui l'oblitère complètement. L'artère crurale est indemne.

Examen particulier des pièces. — Le kyste de l'ovaire adhère par sa partie profonde au pourtour du petit bassin ; les adhérences sont multiples, fibreuses et se prolongent jusqu'à l'os, ce qui indique un envahissement des tissus par le néoplasme. Le kyste est étranglé à sa partie moyenne par l'utérus et prend ainsi une forme lobulée. On détache en une pièce le kyste et l'utérus du petit bassin.

Le col utérin est celui d'une femme vierge, son orifice est très petit, sans ulcérations.

Le corps de l'utérus est bourré de masses arrondies, du volume d'un œuf, très fermes, blanchâtres, élastiques, interstitielles pour la plupart et faisant saillie dans la cavité utérine agrandie et déformée ; l'aspect macroscopique de ces tumeurs est tout à fait celui des fibromes utérins.

A gauche de l'utérus on distingue la trompe et son pavillon tandis que l'ovaire gauche est remplacé par une tumeur irrégulière en partie kystique, en partie néoplasique. L'ovaire droit est envahi par un kyste dont le liquide est brun sale, la surface interne du kyste ne présente pas de cloisons, mais de petites masses dégénérées, blanches, identiques aux végétations extérieures.

Ces masses intérieures sont en continuité avec des noyaux extérieurs adhérents à l'épiploon.

A ce kyste uniloculaire sont accolés d'autres kystes plus petits et un plus grand qui plongent dans le petit bassin, compriment le rectum et présentent dans leur intérieur des noyaux végétants de nature apparemment carcinomateuse et paraissant être le point de départ de la généralisation au péritoine.

Il semble que l'on se trouve en présence d'un kyste pluriloculaire ancien de l'ovaire dont une cavité est devenue végétante, a subi la transformation carcinomateuse et s'est généralisée à la cavité abdominale après avoir traversé en plusieurs points les parois kystiques.

L'origine ovarienne kystique trouve sa confirmation dans la forme qu'affectent à distance les végétations ou productions secondaires qui tendent à affecter la disposition kystique.

La cavité vésicale est indemne, fortement relevée ; les orifices des uretères sont visibles. Il existe un peu d'hydronéphrose à droite : l'uretère gauche est dilaté. Les reins ne sont pas envahis par le néoplasme, ils sont anémiés, de consistance ferme. Le rein droit pèse 110 gr., le gauche 140.

Le pancréas est dur, mais non dégénéré.

La rate présente une capsule très épaissie ; une masse cancéreuse est accolée au niveau du hile, mais ne pénètre pas dans le parenchyme.

Le foie est brunâtre et sain. Poids, 1920 gr.

Les ganglions mésentériques sont intacts, sauf peut-être l'un d'eux qui siège près du pylore et qui est hypertrophié.

Le cœur est mou, surchargé de graisse au niveau des sillons et présente quelques ecchymoses au niveau du sillon inter-auriculo-ventriculaire. Il pèse 250 gr.

Pas d'épanchement dans les plèvres, les poumons sont refoulés, anémiés, pèsent 1250 gr. Le poumon droit présente à sa partie postéro-inférieure deux nodules néoplasiques. Rien dans le médiastin.

Examen histologique. — L'examen microscopique des masses végétantes développées au niveau du kyste de l'ovaire révèle les particularités suivantes :

Dans leur ensemble les végétations sont formées d'une charpente de nature conjonctive, limitant des alvéoles généralement arrondies ou elliptiques, remplies de masses épithéliales. Les travées alvéolaires sont assez épaisses et formées de filaments conjonctifs au milieu desquels on aperçoit des éléments cellulaires fusiformes. Ces éléments conjonctifs sont adultes. La charpente alvéolaire se distingue de la charpente du carcinome ordinaire, celui du sein par exemple, en ce que presque toutes ses travées ont une certaine épaisseur. On n'aperçoit pas sur les coupes la présence de gros vaisseaux.

Les masses épithéliales présentent une série de caractères spéciaux ; la plupart d'entre elles sont formées de cellules épithéliales cylindriques, à cils vibratiles, disposées assez régulièrement entre les parois des alvéoles de manière à former un revêtement épithélial continu en une ou plusieurs couches.

Ce revêtement est par places si régulier qu'on a l'aspect de la coupe transversale ou longitudinale d'une glande en tube normale.

A côté de ces alvéoles à revêtement typique, il y en a d'autres dans lesquels ce revêtement est plissé et prend un aspect irrégulier, végétant à l'intérieur de la cavité alvéolaire. Dans une troisième variété d'alvéoles, l'épithélium est fragmenté et distribué irrégulièrement au sein de la cavité, mélangé à des cellules desquamées et à des globules blancs. (Il ne s'agit pas du tout d'un déplacement des éléments par le fait de la coupe.)

Un certain nombre d'alvéoles à revêtement régulier, irrégulier ou discontinu présentent nettement la transformation kystique : le centre de l'alvéole est occupé par une substance granuleuse, contenant quelques cellules nucléées (probablement des leucocytes). Enfin d'autres alvéoles sont complètement remplies par des masses épithéliales bourgeonnantes : les éléments épithéliaux à leur niveau sont tassés, comprimés et ne présentent dans aucun point la transformation kystique, ni aucun produit de sécrétion cellulaire. Les bourgeons épithéliaux pleins se continuent nettement en certains points avec le revêtement épithélial des alvéoles en présentant l'aspect tubulé ou kystique.

A un fort grossissement (700 D.) le revêtement épithélial typique, métatypique et atypique est formé de cellules cylindriques, allongées à noyau ovoïde. Dans l'intervalle de ces cellules épithéliales, on aperçoit nettement des cellules migratrices qui se caractérisent par leur noyau déformé, étiré et bourgeonnant. Les noyaux des cellules épithéliales sont presque tous uniformément situés vers l'extrémité adhérente de la cellule. Le protoplasma situé en avant du noyau, vers le centre de la cavité alvéolaire est clair, bien qu'il ne s'agisse pas de cellules caliciformes.

Enfin à un grossissement plus fort encore (800 D.) on constate que ces cellules épithéliales possèdent une couche continue de cils vibratiles.

En résumé, il s'agit là d'une formation épithéliale dont une partie rappelle la structure des kystes mucoïdes de l'ovaire (Malassez) et peut être considérée comme conservant le type structural de ces kystes ; d'autres parties présentent un arrangement moins régulier des éléments épithéliaux et peuvent être considérées comme métatypiques (Malassez) ; enfin, en des points assez nombreux, on trouve la structure véritable du carcinome (épithélioma atypique) caractérisée par l'existence de bourgeons épithéliaux pleins, formés de cellules épithéliales irrégulières et irrégulièrement placées.

Dans le ganglion lymphatique du pli de l'aine on trouve à côté du tissu lymphoïde présentant par places des amas pigmentaires, des éléments épithéliaux disposés au sein d'alvéoles très larges, tantôt sous la forme d'un revêtement tubulé ou irrégulièrement végétant, tantôt sous forme de masses épithéliales pleines, tantôt enfin sous formes de petits kystes. L'une des grandes cavités kystiques contient des masses végétantes qui reposent sur la paroi et proéminent sous forme d'excroissances épithéliales pleines ou dentelées au sein de la cavité.

Les végétations qui tapissent la surface du péritoine (paroi abdominale ou face inférieure du foie) présentent la même structure que les masses végétantes ovariennes et ganglionnaires, avec cette particularité que l'arrangement des cellules épithéliales y est beaucoup moins régulier et rappelle beaucoup plus l'épithélioma métatypique.

Remarques par M. Duret. — A. — Dès les premiers jours, nous avions reconnu les caractères malins de la tumeur du petit bassin, l'enclavement de l'utérus et sa fixité, l'état lobulé des masses rencontrées dans le cul-de-sac postérieur.

L'aspect du liquide, sa coloration franchement hématique et surtout l'état général suffisaient à faire porter un pronostic grave et justifiaient l'abstention.

Les caractères de généralisation devinrent bientôt évidents et l'on put s'applaudir de ne pas avoir entrepris une opération hasardeuse.

Nous trouvons d'ailleurs, résumés dans cette observation, tous les signes cliniques importants et caractéristiques du cancer malin des ovaires. Nous attirons en particulier l'attention sur les caractères hématiques du liquide obtenu par la ponction.

B. — L'autopsie a confirmé pleinement le diagnostic : cancer végétant des deux ovaires avec kyste plus volumineux de l'un d'entre eux ; masses secondaires végétantes du péritoine, du foie, de la séreuse intestinale : adhérences néoplasiques des organes du petit bassin; dégénérescence ganglionnaire.

C. — En résumé, nous pouvons dire : kyste cancéreux et végétant de l'ovaire, généralisation de la tumeur. Tel est le diagnostic et nous n'avons qu'à nous féliciter d'avoir gardé l'abstention dans le cas particulier.

CHAPITRE III

Étiologie. — Pathogénie.

1° Étiologie. — L'étiologie des tumeurs végétantes de l'ovaire, comme celle des tumeurs kystiques du même organe, n'est encore qu'imparfaitement connue (1).

Le début de la maladie est difficile à préciser, car la tumeur ne s'accuse par des symptômes bien nets que si son volume est déjà considérable. C'est alors seulement que la tumeur est constatée et que l'on peut fixer l'âge des malades atteintes de ces néoplasies.

Age. — « D'après les notes de Peaslee, Spencer Wells, Kœberlé, J. Clay réunies par Olshausen, il y avait sur 966 femmes atteintes de kystes de l'ovaire 32 femmes en dessous de 20 ans, 266 entre 20 et 30 ans, 298 entre 30 et 40, 213 entre 40 et 50, et 157 au delà de 50. Voilà pour les kystes de l'ovaire.

Ernst Cohn (2), sur 600 ovariotomies pratiquées par Schrœder en l'espace de neuf ans, a trouvé 100 tumeurs malignes de l'ovaire dont 52 kystes végétants (glandulaires et papillaires) et deux kystes dermoïdes carcinomateux.

Dans nos observations où l'âge est mentionné sur trente tumeurs végétantes de l'ovaire, nous en trouvons 6 de 20 à 30 ans, 4 de 30 à 40 ans, 13 de 40 à 50 ans, 4 de 50 à 60 et 3 au delà de 60 ans. Ici comme dans la statistique d'Olshausen, le maximun se rencontre entre 40 et 50 ans.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale un seul cas de tumeur végétante avant la puberté; pourtant quelques auteurs ont vu

(1) Schrœder. *Maladies des organes génitaux de la femme.* Trad. Manceaux, p. 384.

(2) E. Cohn. Les tumeurs de mauvaise nature de l'ovaire. *Zeitschrift für Geburtshulfe med gynækologie*, Heft 1.

des kystes de l'ovaire chez des enfants de 12 ans, 8 ans, 3 ans, 5 ans et même de 15 mois. L'appétit génésique ne prédispose pas à la dégénérescence des ovaires, puisque les statistiques d'Olshausen mentionnent 730 femmes mariées et 510 célibataires.

Fréquence. — Il est difficile de connaître d'une manière utile le degré de fréquence des tumeurs végétantes de l'ovaire. La statistique de Cohn relève sur 600 ovariotomies 500 kystes de l'ovaire et 100 tumeurs malignes, or sur ces 100 cas il n'existait que 52 observations de tumeurs végétantes ; la proportion est donc de 1 pour 12. Sur 47 tumeurs, Malassez et de Sinéty ont rencontré 7 fois des végétations, ce qui fait une proportion de 1/7. Poupinel, sur 152 kystes de l'ovaire a observé 24 kystes végétants ou papillomateux, ce qui donnne une proportion approximative de 1/18.

La bilatéralité semble être la règle pour les kystes végétants de l'ovaire, tandis que la dégénérescence simplement kystique attaquant simultanément les deux ovaires est rare. Sur 500 ovariotomies, Spenser Wells ne l'a faite que 25 fois des deux côtés dans la même opération.

2° Pathogénie. — D'après Waldeyer, le kyste de l'ovaire, le kyste végétant, le kyste proliférant et le papillome ovarien sont des tumeurs d'origine épithéliale et se développant aux dépens de l'épithélium superficiel ou épithélium glandulaire. Pendant la vie fœtale et durant les premières années de l'enfance, cet épithélium envoie dans le stroma ovarien des prolongements tubulés. Ces tubes dits de Pflüger s'étranglent de distance en distance pour former les follicules, de de Graaf et les ovules. Toutefois ce ne sont pas les follicules à la maturité qui fournissent les tumeurs en question, mais les tubes de Pflüger ; en un mot il faut qu'il persiste chez l'adulte des restes de ces éléments tubulés ou bien qu'il se forme de nouveaux tubes de Pflüger pour expliquer le développement des tumeurs kystiques de l'ovaire.

Les deux hypothèses peuvent être soutenues, en effet, en faveur de la première. Slavjausky (1) a trouvé des tubes de Pflüger légèrement kystiques dans l'ovaire d'une femme de 30 ans. En faveur de la seconde Koster (2) a trouvé chez des femmes de 32 à 37 ans, et chez des

(I) Slavjansky. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, déc. 1873.

(2) Virchow. *Hirsch'scher Jahresber, über,* 1872. Bd 1, p. 52.

vierges de 16 à 17 ans, des enfoncements de l'épithélium glandulaire dans le stroma ovarique; à l'extrémité de ces enfoncements on trouvait des follicules naissants et en dessous de l'épithélium des jeunes follicules plus avancés.

Malassez et de Sinéty sont arrivés aux mêmes résultats. Schrœder (1) dit encore : « qu'il me soit permis de faire remarquer que le kyste de l'ovaire est congénital, mais non pas uniquement dans ce sens qu'il provient de la persistance de tubes fœtaux qui, en se développant vont lui donner naissance; mais on trouve assez souvent chez e nouveau-né de petits kystes *congénitaux* pouvant atteindre la grosseur d'un pois et qui,pendant les années d'enfance, restent petits pour ne grandir que plus tard ».

Telle est la pathogénie de ces tumeurs. Comment peut-on avoir ensuite un kyste, ou bien une tumeur végétante on même une tumeur ovarienne ou les cavités kystiques sont comblées par des productions nouvelles?

Les cellules des tubes glandulaires situées au centre se ramollissent, tombent dans l'intérieur de la poche, tandis que les parois donnent des tubes glandulaires nouveaux.

Le kyste est donc constitué; il comprend une enveloppe conjonctive, tapissée d'épithélium ; qu'elle va être maintenant son évolution? Tout cela dépend de la prédominance de développement que prendra l'un des éléments qui vont concourir à la formation des tumeurs végétantes.

(1) *Loc cit.*, p. 395.

CHAPITRE IV

De l'ascite dans les tumeurs végétantes de l'ovaire.

L'ascite est fréquente dans les cas de kystes végétants de l'ovaire, elle est pour ainsi dire la compagne inséparable des petites tumeurs papillaires de cette glande. Dans ce dernier cas, le liquide est parfois tellement abondant que le ventre acquiert le même volume que s'il contenait un kyste des plus volumineux.

Les épanchements péritonéaux sont souvent séreux, assez souvent hématiques, parfois gélatineux, rarement bilieux et chylifères. Sur 152 cas, Poupinel a rencontré 17 fois une ascite sanguinolente, et dans nos 54 observations nous voyons l'ascite hématique signalée 8 fois : soit une proportion de 1 cas d'ascite hématique pour 9 cas d'ascite séreuse. Signalons en passant la présence de paillettes abondantes de cholestérine rencontrées dans l'ascite séreuse.

Arrivons maintenant à l'étude détaillée des différentes espèces ou variétés d'ascite.

Avec Sebileau (1) on peut reconnaître deux grandes classes d'ascite : les ascites *simples* et les ascites *composées*, ou mieux les ascites *vulgaires* et les ascites spéciales.

I. — DES ASCITES SIMPLES

Le liquide de l'ascite vulgaire est clair, limpide, transparent, citrin, rarement foncé, jaune verdâtre et louche. Il est fluide, plus onctueux que l'eau, sans être filant ni visqueux ; sa densité varie entre 1,005 et 1024 ; il mousse par l'agitation.

Le plus souvent alcalin, ce liquide est quelquefois neutre, et à titre d'exception, il peut être acide au moment de la ponction.

(1) SEBILEAU. *Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme.* In th., Paris, 1889, p. 8.

Il contient de l'eau, des substances minérales, des matières albuminoïdes, de la fibrine et des éléments figurés.

C'est surtout aux travanx de Méhu (1) que l'on doit les connaissances sur la composition chimique de l'ascite.

Fibrine. — Peu abondante, elle forme au bout de quelques jours un léger coagulum qui se liquéfie et tombe en flocons blanchâtres au fond du vase. Elle peut manquer et en tous cas elle manque toujours dans le liquide des kystes ovariques.

Matières albuminoïdes. — Dans le liquide ascitique on peut déceler la sérine et l'hydropisine, mais jamais, d'après M. Dumouthiers, la paralbumine. Toutefois des faits exceptionnels (2) ont montré que cette loi était trop absolue.

Matières fixes. — Leur quantité est variable entre 14 et 67 gr. par litre ; en tous cas, elle ne dépasse jamais 70 gr. ; si cela arrive on pourra soupçonner et d'après M. Méhu affirmer l'origine ovarienne du liquide. Cette règle souffre des exceptions puisque fréquemment le liquide des kystes de l'ovaire donne un résidu inférieur à 65 gr.

Cholestérime. — Elle est très rare dans ces sortes d'ascite puisque M. Méhu ne l'a constatée que deux fois sur trois cents environ. Parmi nos observations, nous trouvons six fois la cholestérime mentionnée dans le liquide ascitique.

Dans le liquide abdominal on peut encore trouver des sels de soude, des corps gras, de l'urée, de la leucine et de la tyrosine et parfois des éléments figurés : leucocytes, hématies, cellules endothéliales, etc.

II. — DES ASCITES SPÉCIALES

a. *Ascites sanguinolentes.* — On rencontre assez fréquemment dans le liquide ascitique des globules de sang qui ne suffisent pas à le colorer ; s'ils viennent à augmenter de nombre on peut voir ce liquide prendre une teinte variant du rose tendre au rouge foncé.

Dans nos observations, nous relevons sept cas d'ascite hématique. Si on laisse le liquide au repos, il se forme au fond du vase une couche d'épaisseur variable, qui adhère aux parois et dont la teinte varie suivant la quantité des hématies.

(1) MÉHU. *Arch. gén. de méd.*, t. II, p. 513, 1881.

(2) DUMOUTHIERS. *Recherches sur quelques liquides pathol. de la cavité abdominale*, p. 106. Paris, 1886.

b. *Ascites gélatineuses.* — Dans ce cas, l'épanchement est épais, visqueux, semblable à de la colle ou a de la gelée de poisson. Il est ordinairement jaune, ambré et parfois teinté en rose ; tenace, filant, adhérent au péritoine et aux organes du petit bassin dont il est difficile de le détacher.

Dans le liquide gélatineux, amorphe, Hontang (1) a trouvé un grand nombre de cellules les unes arrondies, la plupart cylindriques et caliciformes libres ou réunies en séries, provenant de la desquamation des cavités kystiques.

Ailleurs Péan (2) écrit : « Dans un examen fait par Ranvier, et Malassez on trouvait dans la substance gélatineuse des débris de cellules, des noyaux plus ou moins altérés avec protaplasma en partie disparu. Dans un autre examen pratiqué par Cornil, il y avait, au milieu de la substance gélatineuse transparente et réfringente, des cellules rondes plus petites dont le protoplasma était finement grenu : quelques cellules libres, sphériques ou ovoïdes d'une dimension colossale avec un noyau granuleux, rond ou ovoïde : quelques cellules étaient transformées en corps granuleux ».

c. *Ascites chyliformes.* — L'ascite chyliforme a donné lieu à un certain nombre de travaux dont les principaux sont ceux de Debove, Weill, Gendrin, Letulle, etc... Ces auteurs ont reconnu à ces hydropisies des caractères spéciaux ; leur couleur ressemble à celle du lait ou mieux d'un mélange de café et de lait, ou bien elle est analogue au chyle ou à une émulsion d'amandes (Lancereaux). Tantôt absolument clairs, ces liquides peuvent aussi devenir troubles ; au repos ils laissent déposer au fond du vase une couche contenant des globules rouges et blancs. Ce liquide est constitué par de la graisse émulsionnée se présentant sous la forme de gros globules ou de fines granulations. Lancereaux y a décelé des filaires du sang. Généralement alcaline, parfois neutre, de densité variant de 1005 à 1035 l'ascite chyleuse existe en plus ou moins grande abondance dans la cavité péritonéale.

M. Terrillon (3) a communiqué un cas d'ascite chyliforme observée chez une femme de 29 ans. Le liquide était couleur café au lait. Densité 1021. Réactions acide, 110 grammes de matières fixes pour 1000

(1) HONTANG. *Bulletins de la Soc. anatomique*, juin 1887, p. 369.
(2) PÉAN. *Diagnostic des tumeurs de l'abdomen*, p. 418, 1880.
(3) TERRILLON. *Bulletins de la Soc. de Chirurgie*, 18 juillet 1888.

grammes, 76 gr. de matières albuminoïdes, 3 gr. 50 de sels et 21 gr. de matières grasses. Au microscope, c'était une véritable émulsion graisseuse.

Ce liquide ne contenait ni albumine, ni globules sanguins, ni paillettes de cholestérine. Pourtant la fibrine, les globules de graisse, les cristaux de cholestérine ont été signalés par Nickerson (1). Letulle (2) qui a fait un grand nombre d'analyses, résume ainsi ces recherches :

En fait de matières grasses, de tous les liquides épanchés dans les séreuses, c'est l'épanchement chyliforme qui se rapproche le plus de la composition du pus, et après le pus c'est lui qui est le moins riche en matières albuminoïdes.

d. *Ascites à éléments épithéliaux et à micro-organismes.*

1° *Eléments épithéliaux.* — On ne sait rien encore de positif sur la nature et la valeur des éléments épithéliaux tombés dans les liquides péritonéaux ; la cellule ovarienne de Drysdale, corps albuminoïde contenant quelques particules graisseuses qui lui donnent une apparence granuleuse, serait pour son auteur caractéristique des liquides ovariens : le corpuscule de Bennet ne serait pas différent de l'élément précédent.

La cellule découverte par Garrigues serait seule symptomatique des tumeurs ovariennes. En somme jusqu'ici, désaccord entre ces auteurs.

Le Dr Foulis (3), chirurgien à Edimbourg, a trouvé que le liquide ascitique tenait en suspension des masses épithéliales dont les cellules ressemblaient à celles qui revêtent les jeunes kystes de l'ovaire. Knowsley Thornton, qui revendique la priorité, a décrit deux variétés distinctes d'éléments cellulaires : cellules endothéliales d'une part, cellules proliférantes d'autre part. C'est à ces cellules atypiques que Thornton s'en rapporte pour trancher le diagnostic de tumeur maligne.

Les connaissances actuelles sur cette question sont encore trop peu précises pour constituer un élément infaillible de diagnostic ; elles ne sont jusqu'ici qu'un utile adjuvant et rien de plus.

(1) Nickerson. *Revue de médecine*, p. 617, 1885.

(2) Letulle. *Rec. de méd.* 1886, p. 960.

(3) Foulis. Du diagnostic des tumeurs malignes de l'ovaire et de la péritonite maligne. *Brit. med. Journ.* 2 novembre 1879.

2° *Micro-organismes.* — En 1887, MM. Galippe et Landouzy (1) ont trouvé et décrit dans le liquide des kystes ovariques des organismes inférieurs, des microcoques sphériques réunis deux à deux en amas ou en chaînettes. Pour ces auteurs, ces micro-organismes seraient les premiers instigateurs d'une prolifération des éléments ovariens.

e. *Ascites bilieuses.* — L'épanchement péritonéal le plus souvent citrin, rarement hépatique, exceptionnellement chyleux, peut avoir une teinte verte qui le fait ressembler à la bile. La coloration spéciale du liquide lui a valu le nom d'ascite bilieuse, mais elle n'est pas toujours symptomatique d'une maladie du foie. On a vu ces ascites se développer dans le cas de tumeurs du petit bassin. La teinte spéciale du liquide n'est pas un indice certain de la présence de la bile et le réactif de Pettenkofer reste souvent inefficace.

III. — DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ASCITE HÉMATIQUE

La présence du sang dans les ascites peut avoir des origines diverses, c'est ainsi que Figueyra da Sylva (2) rapporte quelques observations où les globules rouges du liquide ascitique n'étaient pas dus à la présence d'un cancer abdominal et ne pouvaient être considérés que comme le résultat de la rupture des néomembranes vasculaires. A part ces faits exceptionnels et quelques autres tout à fait rares la présence du sang dans les ascites est due à la rupture des vaisseaux superficiels qui sillonnent les parois des végétations des tumeurs ovariennes. En conséquence, l'ascite hématique depuis longtemps a été regardée par les médecins et les chirurgiens comme un signe de malignité : ascite sanguinolente et cancer seraient deux termes corrélatifs.

Toutefois il convient de rester en de justes limites et d'éviter les deux extrêmes ; il s'est fait une réaction très vive contre le principe énoncé plus haut et on a refusé à la présence du sang dans le péritoine tout caractère pathognomonique. Le sang mêlé à l'ascite n'est pas, il est vrai, un critérium absolu, l'indice certain d'un cancer de l'abdomen ; il n'en est pas moins vrai que si l'on ne va pas jusque-là

(1) GALIPPE et LANDOUZY. *Gaz. des hôp.*, 24 février 1887.

(2) FIGUEYRA DA SYLVA. *La présence du sang dans les ascites*. Th., Paris, 1879.

il est l'indice fréquent d'une tumeur maligne du petit bassin. Sa valeur diagnostique est encore plus grande si le liquide hématique au lieu d'être rosé est *très rouge*, très foncé et contient un grand nombre de globules sanguins.

Dans nos observations nous avons pu relever sept cas où l'ascite était colorée par les hématies, or dans tous ces cas il s'agissait ou de papillomes ovariens dans une phase de prolifération très active, de kystes à végétations extérieures, ou de cancer de l'ovaire qui s'était propagé au péritoine. Dans tous les cas en un mot l'ascite sanguinolente était symptomatique d'une tumeur maligne de l'ovaire. A propos de l'ascite hématique, Sebileau (1) dit :

« Rappelons seulement que l'ascite sanguine nous paraît devoir faire soupçonner un caractère spécial de gravité à la tumeur dont elle dépend. Gundelach signale neuf hydropisies hématiques ; il y en a sept qui appartiennent à des cancers ou à des sarcomes de l'ovaire ; deux à des kystes multiloculaires.

IV. — DIAGNOSTIC DES ASCITES. — CAUSES D'ERREUR

Le diagnostic d'ascite est parfois très difficile à établir, une femme se présente avec un ventre volumineux ; l'augmentation de volume s'est faite progressivement. Aucune douleur si ce n'est un peu de pesanteur dans le bas-ventre, un peu de gêne mécanique de la respiration ; la santé est assez bonne ; il n'existe ni affection cardiaque ni hépatique. L'idée qui se présente à l'esprit c'est qu'il s'agit ou d'un kyste de l'ovaire ou d'un épanchement dans le péritoine.

Existe-t-il des moyens d'investigation qui permettent d'arriver sûrement à un diagnostic précis ? Dans un grand nombre de cas la palpation et la percussion donnent des renseignements suffisants. Chacun sait, en effet, que le ventre d'une ascitique est volumineux, saillant et non globuleux ; si le liquide est abondant les flancs s'élargissent et l'on a le ventre de batracien. La peau est distendue, sèche, vergeturée, parfois épaisse, infiltrée de sérosité et sillonnée de nombreuses veines qui la parcourent sur les parties latérales.

La cicatrice ombilicale se déroule et se soulève en une petite saillie qui serait, d'après Péan, un sac herniaire distendu par le liquide ascitique.

(1) SEBILEAU. *Loc. cit.*, p. 98.

A la palpation, la paroi abdominale est plus ou moins tendue, difficile à déprimer si le liquide est épanché en abondance, sinon elle est molle, dépressible et permet l'examen des régions profondes.

L'ascite est fluctuante : les deux mains se renvoient le liquide qu'elles déplacent, mais ce signe induit en erreur ou au moins il est très obscur si la paroi est épaisse et très distendue par l'ascite. La sensation de flot est plus facile à produire : c'est l'ébranlement de la masse liquide qui se transmet en un point diamétralement opposé au point percuté.

Par la percussion d'un ventre d'ascitique on trouve que la région antérieure de l'abdomen est sonore et les flancs sont mats ; pour obtenir nettement ce résultat S. Wells (1) recommande de faire coucher la malade de façon que les épaules soient basses et le siège élevé.

Si au contraire la partie supérieure du corps est soulevée la matité occupe la région abdominale inférieure remonte vers l'ombilic et décrit une courbe à concavité supérieure.

Un autre point important est la mobilité des limites des zones de sonorité et de matité selon la position occupée par la malade ; ce signe est d'une grande valeur, il n'est pas constant dans l'ascite, mais seul l'épanchement du péritoine le présente. Pourtant Sebileau (2) rapporte que Markham Skerrit et Lawson Tait ont été plusieurs fois trompés par ce signe.

Dans le cas de kyste de l'ovaire, au contraire, surtout de kystes à poches volumineuses, uniloculaires ou pauciloculaires quels signes cliniques nous fournissent les moyens physiques d'exploration ? Le ventre aussi est volumineux, saillant, globuleux et non étalé latéralement.

Si la peau est fortement tendue et si le kyste est uniloculaire on peut également obtenir la sensation de flot au point de croire que l'on est en face d'une ascite. La palpation permet en outre de reconnaître si la tumeur présente en quelque point de ses parois un gâteau, une partie plus épaisse, solide qui met sur la voie du diagnostic.

La percussion nous renseigne mieux encore, car dans le cas de

(1) S. Wells. *Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, p. 98.

(2) Sebileau. *Loc. cit.*, p. 57 et 58.

kyste de l'ovaire les limites des zones sonores et mates ne se modifient pas ; la matité est antérieure quelle que soit la position que l'on donne à la malade et la zone sonore décrit une courbe à concavité inférieure ; elle siège dans les flancs, les hypocondres et la région épigastrique.

Il semblerait d'après cette description que le diagnostic dùt s'imposer de lui-même ; il n'en est rien et l'on a vu des chirurgiens éminents hésiter et commettre des erreurs de diagnostic; c'est pourquoi l'on est allé plus loin et l'on a proposé d'autres modes d'investigation. « Quand l'existence du liquide n'est plus douteuse, qu'il soit intra-kystique ou intra-péritonéal, il est indiqué d'évacuer afin de rendre plus faciles la palpation abdominale et l'examen complet de la région » (1).

Cette petite opération permet en outre de faire l'analyse des liquides obtenus. Depuis les travaux de M. Méhu, l'analyse des divers liquides extraits par la paracentèse abdominale fournit de précieux renseignements pour le diagnostic différentiel des kystes ovariques et des épanchements ascitiques.

Si dans le liquide on constate l'existence de la paralbumîne et un résidu solide de matières fixes supérieur à 80 gr. pour 1000 gr. on a quelque raison de croire à un kyste ovarique.

L'évacuation permet en outre de faire une exploration minutieuse de la cavité abdominale, de poser un diagnostic plus précis et souvent de trouver la cause de l'épanchement péritonéal. Nous reviendrons sur ce sujet à propos du diagnostic des tumeurs végétantes. Supposons que la ponction n'ait pas eu lieu et que l'on se trouve en face des signes classiques des kystes de l'ovaire, pourra-t-on affirmer d'une façon absolue l'existence de cette dernière affection ? Non. Il existe des exemples d'ascite qui ont été pris pour des kystes ovariques. M. Gallard (2) rapporte une observation où la matité présentait une courbe à convexité dirigée vers l'épigastre, la sonorité intestinale existait au niveau des parties déclives. Les changements de position de la malade ne modifiaient pas sensiblement la distribution des zones mates ou sonores. En face de ce cas embarrassant deux hypo-

(1) GALLARD. Tumeurs ovariques et ovariotomie. *Gaz. méd. de Paris*, 1883, p. 218, 232.

(2) GALLARD. *Loc. cit.*

thèses furent émises, on songea à un kyste multiloculaire avec une poche énorme ou bien à une tumeur ovarique polykystique ou rameuse. M. Pozzi qui avait observé plusieurs faits analogues, pencha vers la seconde hypothèse, tandis que M. Gallard donna la préférence à la première. L'opération vint démontrer qu'on se trouvait dans le cas particulier en présence d'un épanchement ascitique symptomatique d'une tumeur ovarienne, mais chose importante l'ascite était enkystée et entourée des anses intestinales refoulées vers l'épigastre et les hypocondres.

L'ascite peut contenir des cristaux de cholestérine.

Obs. 6. — Terrier. — *Bull. Soc. chir.*, 1885, p. 774. (Résumée.)

Papillomes des deux ovaires, de l'utérus, des ligaments larges.

Six à huit litres d'ascite contenant des cristaux de cholestérine.

L'ascite symptomatique se reproduit rapidement et en grande abondance après la ponction.

Obs. — M. Raynaud. — *Bull. Soc. An.*, p. 41. (Résumée.)

M. Raynaud présente l'utérus et les ovaires d'une femme âgée de 55 ans qui avait été ponctionnée quinze fois et qui portait deux petits kystes ovariques végétants.

Plusieurs ponctions successives peuvent donner un liquide ascitique différent.

Obs. 36. — Hartmann. In th. Gundelach, p. 89. (Résumée.)

Cysto-carcinome de l'ovaire ; ascite ; première ponction en février 1882. Ascite d'abord séreuse devenant bientôt sanguinolente.

23 mars. Seconde ponction : 10 litres de liquide hématique.

10 avril. Troisième ponction ; 10 litres de liquide jaunâtre, un peu rosé.

5 mai. Quatrième ponction 6 litres 1/2 de liquide sanguinolent. Mort le 15 mai par embolie pulmonaire.

A l'autopsie on trouva de l'épanchement séro-sanguinolent dans le péritoine.

Les tumeurs végétantes de l'ovaire peuvent donner lieu à une ascite considérable.

Obs. 37. — Quénu. *Tumeurs végétantes des deux ovaires. — Corps fibreux de l'utérus ; ovario-hystérectomie. — De l'ascite dans les tumeurs abdominales. Bull. Soc. chir.*, t. XI nº 11, p. 220. (Résumée.)

Malade de 49 ans. Aucun antécédent. Menstruation régulière. Ménopause il y a deux ans.

Peu de temps après la ménopause développement d'une grosseur occupant exactement la ligne médiane à la partie inférieure de l'abdomen. En même temps quelques phénomènes douloureux dans le ventre avec irradiations passagères dans les cuisses. Jamais de réaction fébrile.

Développement progressif de la tumeur. Un an après le début de son apparition déplissement en forme de hernie de la cicatrice ombilicale. Depuis lors le ventre grossit de plus en plus. Depuis trois mois son développement est tel que la malade marche à grand'peine, étouffe et n'ose manger de peur d'accroître encore son oppression.

Figure amaigrie, un peu violacée. Appétit conservé et moral excellent. Cœur, poumons, foie et reins en bon état.

Le 27 avril, tuméfaction énorme, peau distendue et comme éraillée par places. Çà et là grandes taches arrondies d'un rouge cuivré sont recouvertes de croûtes. Cette même éruption se retrouve aux cuisses.

La malade avoue la syphilis et elle a suivi à plusieurs reprises un traitement spécifique.

La cicatrice ombilicale est déplissée, la matité remonte presque jusqu'à l'appendice xiphoïde. Sensation de flot, œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres.

9 mai. Ponction, 21 litres d'un liquide jaunâtre clair non sanguinolent. La paroi abdominale s'affaisse sauf sur la ligne médiane et en bas où elle paraît soulevée par une tumeur. Une tumeur en effet remplit l'hypogastre et se prolonge de chaque côté presque dans les fosses iliaques, en haut un peu au-dessus de l'ombilic. Cette grosseur semble composée de deux lobes, le supérieur débordant l'autre et se limitant facilement ; en s'aidant du toucher vaginal on reconnaît que toute la masse se déplace avec l'utérus et semble faire corps avec lui ; les culs-de-sac vaginaux sont effacés.

Nous portons le diagnostic de tumeur fibreuse de l'utérus.

Pour plus de certitude nous enfonçons l'aiguille de l'aspirateur dans la masse ; il ne s'écoule aucune goutte de liquide. Quinze jours après la ponction le liquide s'est reproduit en grande partie ; la malade est condamnée à mourir si on n'intervient pas.

Elle réclame l'opération.

Le 24. Seconde ponction : 9 litres de liquide environ.

Le 26. *Opération.* Incision sur la ligne blanche. Écoulement très abon-

dant d'ascite. Fibrome utérin. Kyste contenant 2 litres 1/2 de liquide. Adhérences nombreuses au grand épiploon.

De chaque côté les ovaires sont remplacés par une masse grosse comme le poing, irrégulière, rougeâtre, hérissée de petites végétations, libre en avant adhérente en arrière.

Les tumeurs sont libérées de toutes leurs adhérences.

Ablation de ces tumeurs et section de l'utérus vers l'union du col avec le corps. Toilette minutieuse du péritoine.

Suites opératoires bonnes. Convalescence entravée par la formation d'un abcès pelvien. Trajet fistuleux.

25 janvier 1885. Santé excellente. Trajet fistuleux guéri.

Examen des pièces. — La tumeur utérine est un fibrome interstitiel occupant le fond de l'utérus. Les tumeurs ovariennes sont des épithéliomas mucoïdes où le processus n'a abouti qu'à la formation d'un seul kyste. Le reste est constitué par une série de petites végétations épithéliales composées de stroma embryonnaire revêtu de cellules cylindriques et caliciformes.

L'épithélioma présente en certains points de petits enfoncements en doigts de gant, de dés à coudre qui ont tout à fait l'apparence des glandes à mucus.

L'ascite peut être prise pour un kyste de l'ovaire.

Obs. 38. — Gallard. — *Gaz. méd. de Paris*, 1883, p. 218-232.

Femme de 56 ans, polisseuse, entre le 26 octobre 1882.

Pas d'antécédents pathologiques réels. Réglée à 19 ans. Grossesse à 24 ans. Cinq grossesses subséquentes. Suites de couches normales. A 36 ans, quelques métrorrhagies de cause inconnue. Ménopause à 42 ans. Santé parfaite jusqu'à 55 ans.

En février 1882, augmentation de volume du ventre progressive, mais non douloureuse. En juin, saillie de l'ombilic.

Ponction : deux litres et demi environ d'un liquide citrin.

Octobre. Poumons, cœur, tube digestif, foie et reins absolument sains. Ventre très volumineux. Œdème des membres inférieurs et de la peau de l'abdomen. Ventre globuleux et non étalé. Dilatation des veines de la paroi abdominale. Sensation de flot. A la percussion dans le décubitus dorsal, la courbe séparant les régions mates des régions sonores, n'offrait nullement comme dans l'ascite, une concavité supérieure, mais une convexité dirigée vers l'épigastre, et dont le point culminant se trouvait à 10 centimètres au-dessus de l'ombilic ; sonorité intestinale au niveau des parties déclives, surtout dans le flanc droit, tandis que du côté gauche existait une submatité assez nette.

Les changements de position de la malade ne modifiaient pas sensible-

ment la distribution des zones mates ou sonores. Le col de l'utérus est porté en avant et collé contre le pubis. M. Gallard, dans ce cas, pensa au kyste multiloculaire de l'ovaire, et M. Pozzi porta le diagnostic de tumeur ovarienne, avec ascite symptomatique considérable.

L'opération fut faite : il s'écoula dix litres environ de liquide ascitique brunâtre, et par l'ouverture, on aperçut bientôt deux tumeurs en chou-fleur, émergeant du petit bassin.

CHAPITRE V

A. — Diagnostic des tumeurs végétantes.

Dans le chapitre consacré à l'étude de l'ascite nous avons indiqué les signes qui permettent de la distinguer des kystes de l'ovaire, nous n'y reviendrons pas. On nous permettra également de ne pas revenir sur les symptômes spéciaux, mais non absolument pathognomoniques des tumeurs végétantes.

Nous nous arrêterons au diagnostic différentiel des tumeurs végétantes avec les tumeurs polykystiques, les kystes dermoïdes, les tumeurs solides, carcinomes, sarcomes et nous terminerons par le diagnostic de la malignité.

a. Les tumeurs polykystiques se présentent sous des aspects très variables; elles peuvent être constituées par un grand kyste et une masse latérale polykystique, ou bien être composées exclusivement de masses solides charnues creusées de petites poches kystiques. Dans le premier cas les symptômes ne diffèrent pas de ceux des kystes de l'ovaire, mais la palpation permet de sentir une masse solide, dure, bosselée, en un des points de la paroi tandis que dans la seconde hypothèse la résistance dans la totalité de la tumeur, les inégalités et les bosselures de toute la paroi donnent de fortes présomptions en faveur d'une tumeur kystique où la prolifération des parois l'emporte sur la tendance à la formation kystique.

Toutefois dans ces cas l'ascite concomitante peut être sinon une source d'erreur, du moins la cause de difficultés plus grandes pour le diagnostic; l'épanchement péritonéal se révèle bien par ses signes; fluctuation, sensation de flot, limites mobiles des zones de sonorité et de matité, et si l'on déprime plus profondément les parois il est rare qu'on ne rencontre pas en quelque point de la tumeur une masse résistante, de volume et de consistance variables.

C'est ainsi que notre maître M. le professeur Duret a procédé et

fait le diagnostic de tumeur polykystique de l'ovaire avec ascite dans deux cas qui ont été relatés par notre collègue et ami Ballenghien (1). Il arrive quelquefois qu'on peut chasser une couche de iquide avec la main qui explore « et percevoir plus profondément le contour, la dureté, l'élasticité de la tumeur fluctuante qui constitue le kyste ». Courty, « les bosselures irrégulières d'un cancer ovarien ou les masses dures d'un fibro-myôme ». « On trouve alors, dit Schroeder, au sein du liquide accumulé dans le ventre des tumeurs proéminentes faciles à déplacer qui rappellent la sensation que donnent les membres de l'enfant dans l'amnios ».

Une main exercée peut encore obtenir, quand l'ascite recouvre une tumeur liquide, ce que Barnes a appelé la double fluctuation ; « En frappant légèrement l'abdomen on voit et on sent une ondulation qui court à la surface ; si l'on presse plus fort et plus brusquement par un choc vif sur un autre point du ventre, on sent une fluctuation plus profonde, celle de la tumeur. » Lawson Tait (2) appelle ce signe la double onde de fluctuation.

Nous avons tenu à indiquer les moyens de reconnaître les tumeurs polykystiques même quand elles s'accompagnent d'ascite. Hâtons-nous d'ajouter que l'hydropéritonie est rare dans le cas de kyste de l'ovaire type et en tous cas elle est rarement très abondante. M. Terrillon (3) a opéré trois malades atteintes de kyste de l'ovaire avec ascite considérable, deux fois le kyste était simple et le troisième avait des parois épaisses et portait à peine à sa surface une petite saillie papillaire. Ces faits n'en sont pas moins exceptionnels, car dans la même séance (4 novembre 1885) à la Société de chirurgie M. Duplay affirmait avoir vu un très grand nombre de kystes ovariens compliqués d'ascite, et chaque fois qu'il en était ainsi ou bien le kyste était recouvert de végétations ou bien ses parois étaient dures, épaisses au point de simuler une tumeur solide. Cette opinion est partagée par MM. Terrier et Reclus. Mais si l'ascite est un fait exceptionnel dans le cas de kystes et de tumeurs kystiques de l'ovaire, elle est la

(1) Ballenghien. Volumin. tum. polykystique compliquée d'ascite. *Bull. Soc. anat. clinique.* Lille, 1889, p. 117.

Ballenghien. Vaste gâteau polykystique. Orthopnée. Ascite. *Ibidem*, 1889, p. 191.

(2) Lawson Tait. *Maladies des ovaires*, p. 257.

(3) Terrillon. *Bull. Soc. chirurg.*, 1876, p. 558.

compagne habituelle des tumeurs végétantes et des papillomes de l'ovaire, elle présente même souvent le caractère hématique; 40 fois sur 55 cas nous avons constaté l'ascite et 7 fois le liqnide contenait des globules sanguins.

La marche rapide, la généralisation à l'abdomen et la cachexie cancéreuse sont surtout l'apanage des tumeurs végétantes de l'ovaire.

b. « Les kystes dermoïdes sont le plus souvent des tumeurs petites, elles atteignent parfois le volume d'une orange, mais peuvent pourtant devenir gros comme la tête d'un adulte et plus encore. Ces kystes sont donc de taille modérée, arrondis, très tendus, à parois épaisses, dures, extrêmement résistantes, nullement dépressibles et parfois calcaires » (1). Ils se rencontrent souvent dans les deux ovaires à la fois; ils peuvent être unis au ligament large par un pédicule long et étroit, mais en règle générale leur insertion est large et ils ont une tendance à contracter des adhérences solides et étendues avec les organes de voisinage, aussi leur arrive-t-il de temps à autre de devenir le siège d'une inflammation purulente sans ponction préalable. Ces kystes s'accompagnent rarement d'ascite; leur développement est très lent. Chacun sait le bizarre contenu que présentent les kystes dermoïdes; à ce propos Schroeder dit : « J'ai diagnostiqué deux fois des kystes dermoïdes parce que je pouvais sentir distinctement les os qu'ils contenaient et que je pouvais exclure la possibilité d'un lithopédion. »

Les kystes dermoïdes restent très souvent stationnaires et le plus souvent ils passent inaperçus pendant la vie. Dans quelques cas ils subissent à un moment donné un développement très rapide et offrent alors les mêmes symptômes cliniques que les kystes proprement dits.

Nous avons vu que les tumeurs dermoïdes peuvent passer à la suppuration; notre excellent ami et collègue Thibaudet (2) a rapporté un cas de kyste dermoïde suppuré et ouvert à la paroi abdominale; elles peuvent également se vider dans les organes voisins, le plus souvent dans le rectum et la vessie. On trouve alors des masses athéromateuses, des cheveux et même des fragments d'os dans l'urine. La rupture peut encore s'effectuer à travers les parois abdominales très rarement dans le vagin.

(1) SCHROEDER. *Maladies des organes génit. de la femme*, p. 409.

(2) THIBAUDET. Kystes dermoïdes suppurés. *Bull. soc. anat. clin.*, 1889, p. 271.

La rupture et l'épanchement du kyste dans la cavité abdominale avec terminaison fatale sont heureusement rares.

La rupture est au contraire la règle dans le cas de kyste végétant et de tumeurs papillaires que la palpation permet aisément de reconnaître des kystes dermoïdes.

c. Le sarcome est extrêmement rare, il attaque le plus souvent les deux glandes à la fois et peut atteindre un volume très considérable. Le diagnostic est difficile à établir. Le développement rapide, l'ascite précoce et la sensibilité indiquent seulement que la tumeur est de nature maligne.

Quant au diagnostic différentiel du sarcome avec le cancer et les tumeurs végétantes, on pourrait tout au plus *supposer* qu'on a affaire au premier lorsqu'il n'y a pas de métastases, de noyaux cancéreux dans le péritoine, de généralisation à la plèvre et aux poumons et que la tumeur est assez mobile.

Dans les cas où le diagnostic est en suspens entre ces diverses néoplasies, il faut attacher beaucoup d'importance aux anamnestiques et à l'exploration du ventre après la ponction. « La main déprime alors facilement la paroi abdominale et sent au niveau de l'hypogastre une tumeur dure du volume du poing, oblongue, à grand diamètre à peu près vertical » (1). Dans d'autres cas la palpation permet de découvrir une masse volumineuse irrégulière, mamelonnée, occupant tout ou partie du petit bassin, ou bien petite et hérissée d'innombrables papilles.

« Le diagnostic des kystes papillaires est très difficile ; on devra soupçonner leur existence lorsqu'on aura affaire à des tumeurs bilatérales, lorsqu'on trouvera un épanchement ascitique abondant avec une petite tumeur, lorsque le développement sera rapide, interrompu, lorsqu'on observera de bonne heure les signes de rupture du kyste.

L'apparition hâtive des phénomènes aigus de la compression est la conséquence du rapide accroissement de la tumeur. La sensation de crépitation analogue à celle que donne la pression sur un sac de riz est caractéristique ; on l'obtient par la combinaison du toucher vaginal et du toucher rectal » (2).

(1) VANHEUVERSWYN. Cancer des deux ov. Ascite consid. *Bull. Soc. anat. clinique*, 1887, p. 196.

(2) H. COBLENTZ. Les kystes papil. des org. génit. de la femme et leur traitement. *Zeits. f. Geburts. u. Gynæk.* Band VII. Heft 1.

Le toucher vaginal seul peut même reconnaître les masses papillaires dans le cul-de-sac de Douglas ; ces productions se laissent déprimer d'une manière toute particulière et crépitent sous le doigt comme une boule de neige.

Dans les cas très difficiles la méthode la plus sûre, mais non la plus rationnelle comme le prétend Hugo Coblentz, pour arriver au diagnostic consiste à pratiquer la laparotomie exploratrice afin de faire de visu l'examen de la tumeur.

Nous admettons l'incision exploratrice comme premier temps d'une opération, mais non comme un moyen de diagnostic ; c'est un procédé thérapeutique et non un mode d'investigation.

Il nous reste encore à dire un mot de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique que l'on peut confondre avec le kyste papillaire généralisé au péritoine.

Dans l'un et l'autre cas le signe caractéristique de l'ascite résultant de ce que les anses intestinales surnagent au liquide, peut faire défaut, lorsque les intestins sont agglutinés entre eux par des adhérences inflammatoires comme cela arrive souvent dans la péritonite tuberculeuse. Les intestins accolés ensemble se trouvent alors contre la colonne vertébrale tandis que le ventre tout entier est uniformément distendu par le liquide. Dans le cas de kyste végétant la masse intestinale est refoulée en haut et sur les côtés et l'on obtient par la percussion les mêmes signes que dans le cas précédent.

Dans l'infection tuberculeuse du péritoine pourtant on pourra découvrir des tubercules dans d'autres organes et de plus il y a de la fièvre. La sensibilité à la pression est un signe qu'il ne faut point mépriser quoiqu'elle puisse être très faible et même faire défaut ; il existe le plus souvent des phénomènes intestinaux préalables, de la pleurésie concomitante, un habitus qui fait songer à la tuberculose ; de plus l'augmentation de volume du ventre est en général partiellement due à du météorisme intestinal et la palpation du ventre y provoque des bruits que M. Gueneau de Mussy décrit sous le nom de cris intestinaux.

B. — **Diagnostic de la malignité.**

L'idée de bénignité ou de malignité est liée pour beaucoup de chirurgiens à la structure plus ou moins complexe du kyste observé,

à l'existence ou non de végétations à sa surface ou dans son intérieur, à son évolution plus ou moins rapide, à son retentissement plus ou moins grand sur l'économie. La complexité du néoplasme et la présence de végétations n'impliquent pas forcément l'idée de malignité ; nous avons vu qu'il pouvait exister des papillomes anatomiquement bénins, mais ces deux états indiquent au moins un processus plus actif de néoformation dans la tumeur considérée et par conséquent une malignité plus grande.

« La nature végétante d'un kyste ovarique pourra être soupçonnée par la réunion des symptômes suivants :

Bilatéralité des tumeurs, développement brusque et rapide de tumeurs existant déjà depuis longtemps, amaigrissement et cachexie rapides, apparition d'ascite et surtout d'ascite sanguinolente et adhérence de la tumeur au petit bassin ; œdème des membres inférieurs sans relation avec le volume de la tumeur, apparition de pleurésie ou de phlegmatia » (1).

Par le toucher vaginal on reconnaîtra les végétations carcinomateuses et surtout papillaires du cul-de-sac de Douglas à leur dépressibilité tout à fait caractéristique. On ne pourrait les confondre qu'avec des coagulations fibrineuses occupant le même endroit.

On songera à la dégénérescence maligne de la tumeur lorsqu'une quantité abondante de liquide ascitique commence à se déverser dans le ventre. C'est ce qui arrive surtout lorsque le kyste étant rompu les végétations papillaires prolifèrent, infectant le péritoine et subissant la dégénérescence cancéreuse. On peut parfois trouver au microscope dans le liquide ascitique des cristaux de cholestérine et des cellules caractéristiques de ces néoplasmes malins (Schrœder).

Le diagnostic de tumeur végétante est extrêmement difficile.

OBS. 39. — FOUCHER et DESPRÈS. — *Diagnostic des tumeurs*, p. 300.

Une malade avait été ponctionnée pour une tumeur de l'abdomen par Velpeau, Gosselin, Richet.

Velpeau avait fait une injection iodée. Les trois chirurgiens avaient reconnu qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire « seulement, après la dernière ponction, M. Richet ayant senti une masse dure dans le flanc droit, après la sortie du liquide, avait jugé qu'il y avait des poches secondaires dans le

(1) POUPINEL. *Rem. sur l'anat. path. et le pronos. des kystes mucoïdes de l'ovaire*, 1887.

kyste ». Lorsque j'ai vu la malade, j'ai trouvé une tumeur énorme de l'abdomen, ovoïde, présentant un flot évident, proéminente en avant, ovoïde et permettant de trouver de la sonorité dans le flanc gauche quelle que fût la position donnée à la malade. Il y avait une légère saillie de la cicatrice ombilicale et une hernie dont le contenu rentrait en partie dans l'abdomen.

Cette hernie ne présentait pas de sonorité à la percussion et paraissait être une entéro-épiplocèle irréductible. Le diagnostic porté par mes prédécesseurs, surtout la forme du ventre, la sonorité dans les flancs, m'avaient imposé le diagnostic de kyste de l'ovaire. Une ponction a été suivie de péritonite et à l'autopsie j'ai trouvé qu'il y avait un kyste multiloculaire à petites loges, gros comme une tête d'enfant dans la fosse iliaque droite. (C'est ce qu'avait senti M. Richet après la dernière ponction.) Une des loges du kyste était couverte de végétations de nature cancéreuse qui formaient un champignon gros comme le poing. La hernie était un kyste à plusieurs loges, une hernie déshabitée (hydrocèle herniaire).

CHAPITRE VI

Symptômes généraux. — Marche. — Pronostic.

Au début les tumeurs végétantes de l'ovaire, les papillomes ovariens passent totalement inaperçus ou bien se traduisent seulement par des phénomènes d'irritation, de congestion et d'inflammation de l'ovaire, de sensation diverses de poids, de tiraillements, d'élancements au bas-ventre, aux aines, aux reins, au périnée, irradiés aux membres inférieurs.

Le palper et le toucher vaginal ne donnent que des renseignements négatifs. En l'absence de complications inflammatoires les douleurs sont tardives. Tous ces signes en somme ne diffèrent guère des symptômes de l'ovarite. Joignez à celà un peu de dysménorrhée, quelques troubles de la miction et de la défécation et vous aurez les quelques signes qui permettent de songer à une tumeur ovarienne. Si l'ovaire envahi par le néoplasme se développe d'avantage la palpation abdominale permet de l'atteindre. Le toucher vaginal s'il n'arrive pas sur la tumeur peut percevoir la déviation que l'utérus subit sous son influence. Par le toucher rectal le doigt arrive plus facilement sur l'ovaire dont il peut circonscrire le contour, reconnaître la forme et le volume altérés par la tumeur et la sensibilité modifiée par la lésion.

La dysménorrhée s'accentue, les douleurs sont plus marquées, sourdes, lancinantes et paroxystiques. Toutefois il peut arriver que la tumeur évolue et prenne un développement considérable sans avoir causé la moindre douleur. Les signes les plus constants sont la dysurie, le ténesme vésical, la rétention d'urine et parfois aussi l'incontinence. La défécation est également difficile et douloureuse ; certaines malades sont obligées d'avoir recours aux purgatifs et aux lavements quotidiens, elles ne mangent plus afin de diminuer d'autant la masse des résidus intestinaux.

Si la tumeur continue à s'accroître le palper abdominal permet de la circonscrire, d'en constater l'indolence, la mobilité relative, la configuration extérieure arrondie et uniforme ou bien hérissée de bosselures et d'aspérités. Cependant l'ascite, complication fréquente des kystes végétants et des papillomes ovariens, distend considérablement la cavité abdominale, masque la tumeur et empêche l'exploration manuelle.

A la suite ou concurremment survient l'œdème des membres inférieurs dû à la compression des veines par la tumeur dans le petit bassin ou à la throœbose et à la phlébite d'une des veines principales du membre.

A cette période de la maladie l'état général des malades peut encore être satisfaisant, car si l'épanchement dans le péritoine dénote que l'infection et la généralisation sont imminentes, elles n'autorisent pas à penser que ce soit un fait accompli. Nos observations 38 et 50 prouvent que l'on peut avoir une ascite volumineuse et une tumeur papillomateuse sans que la généralisation soit faite. Ces considérations nous seront bientôt utiles et seront des indications formelles pour le traitement de ces sortes de néoplasies.

Si nous joignons, à tous ces symptômes qui frappent tout d'abord, les troubles fonctionnels d'origine dyscrasique, nous trouvons notés plusieurs fois dans nos observations des épanchements pleuraux et péricardiques, des sueurs nocturnes, avec fièvre, une infiltration de plus en plus considérable des extrémités et des parois abdominales, une dyspnée qui va parfois jusqu'à la suffocation, des palpitations avec menaces de syncope.

L'ascite est parfois si considérable qu'elle fait saillir en dehors les fausses côtés et l'appendice xiphoïde, déplace le cœur, refoule et comprime le poumon.

Ces derniers signes obligent souvent de recourir à la parencentèse abdominale, on retire ainsi des masses considérables de liquide qui emprunte ses matériaux à l'économie tout entière, est une cause de déperdition considérable de globules sanguins, d'où l'anémie, l'amaigrissement progressif, le marasme la cachexie terminale. L'état des malades devient des plus tristes, des plus lamentables, jusqu'à ce que la mort arrive par suite du marasme, de la cachexie cancéreuse, ou d'une autre complication, péritonite, étranglement intestinal, embolie pulmonaire ou généralisation à la séreuse péritonéale et pleurale.

Combien de temps ces tumeurs mettent-elles à évoluer? Il est difficile de répondre à cette question d'une façon précise, parce qu'il est quasi impossible d'indiquer le début de ces néoplasies. Hontang dans une observation que nous publions plus loin (v. p. 106) insiste sur la rapidité d'évolution d'une tumeur qui en l'espace de trois semaines aurait perforé l'ovaire, gagné et rempli le péritoine de masses colloïdes et envahi même la paroi abdominale en un point où la paracentèse abdominale avait été pratiquée. Péan rapporte une observation où l'évolution complète se serait accomplie dans un espace de dix mois. Toutefois en général il convient de dire que l'évolution n'est pas aussi rapide, car la tumeur peut exister plusieurs années à l'état de petit kyste sans manifester sa présence; tandis que sitôt que la végétation fait irruption dans le péritoine l'ascite se déclare et la généralisation se produit.

Le kyste de l'ovaire uni ou pauciloculaire peut avoir une durée presque indéfinie, tandis que les kystes végétants et les papillomes ovariens ont une évolution rapide et en l'espace de 15 mois, de deux ans il sont généralisés et déterminent fatalement la mort comme tous les cancers de l'économie.

Leur présence est donc l'indice d'un pronostic grave sinon fatal; ces sortes de tumeurs ne régressent pas et c'est exceptionnellement que l'on voit un grand nombre de végétations s'infiltrer de sels calcaires et de granulations graisseuses.

Toutes les végétations n'ont pas, il est vrai, le même degré de malignité ; les papillomes de nature purement conjonctives sont bénins, mais combien peu conservent longtemps ce caractère, un grand nombre deviennent le siège de productions adénoïdes et carcinomateuses, parfois colloïdes qui donnent un coup de fouet à la tumeur, la font progresser rapidement et lui donnent ce caractère envahissant et malin qui doit toujours faire envisager ces sortes de tumeurs sous un jour sombre et porter un pronostic plus sombre encore. Ce qui prouve la vérité de nos assertions, c'est le nombre assez notable de cas où l'on arrive trop tard et où l'économie tout entière est infestée quand la malade se présente à l'observation médicale, c'est le nombre plus considérable encore de récidives qui aboutissent à la mort et dans une période peu éloignée, c'est le nombre rare, trop rare hélas ! de tumeurs que le chirurgien peut reconnaître assez tôt pour en pratiquer l'extirpation et espérer une guérison définitive.

Qu'il nous soit permis de signaler en passant l'observation (v. p. 118) de Léontine M., opérée par notre maître M. le professeur Duret. Dans ce cas il s'agissait bien de papillomes cancéreux avec ascite symptomatique abondante, mais la tumeur était encore toute locale ou du moins si elle avait perforé les parois ovariennes, les végétations n'avaient point gagné encore le péritoine. Eh bien cette personne est opérée depuis bientôt trois ans ; son état général est excellent et l'exploration attentive de l'abdomen permet d'affirmer qu'il n'existe pas jusqu'ici trace de récidive.

Il est vrai d'ajouter que M. Terrier a publié dans l'*Union médicale* de 1877 l'observation de Mlle Paillard qui a été opérée pour une tumeur végétante ovarienne avec propagation aux culs-de-sac voisins. Cette malade a joui pendant sept ans d'une santé quasi-parfaite, n'était qu'elle fut interrompue par la production à de longs mois d'intervalle de deux abcès pelviens.

Nous avons lu récemment que cette pauvre fille présentait une récidive de sa tumeur et que le ventre était augmenté de volume. L'état général avait suivi une marche progressivement décroissante.

Faut-il dans les deux cas de succès opératoires que nous venons de mentionner attribuer l'heureux résultat à l'âge peu avancé des malades, ou bien ne voir là qu'une simple coïncidence ?

Nous signalons ce fait sans pouvoir résoudre la difficulté. Pour juger de l'influence de l'âge sur le succès il faudrait non seulement opérer des sujets jeunes, ce qui est la condition primordiale, mais surtout les opérer avant que la propagation ou la généralisation fussent commencées, et pour comparer ces résultats il faudrait en outre avoir affaire à des tumeurs de même nature, de même composition histologique, car il ne viendra à l'esprit de personne de comparer le papillome bénin aux productions papillaires carcinomateuses ou myxomateuses ; la bénignité est l'apanage des premiers tandis que les secondes présentent toujours un caractère très accusé de malignité.

La question de l'âge est donc difficile à résoudre et l'accumulation de nombreux faits et d'observations détaillées pourra seule fournir quelques éléments pour la solution de cet important problème.

Que si notre pronostic paraît trop sombre, nous nous permettrons de citer les paroles de M. Ménétrier (1). « Les tumeurs kystiques des

(1) MÉNÉTRIER. Kystes multiloculaires. Généralisation. In *France médicale*, 12-14 janvier 1886.

ovaires possèdent le pronostic redoutable des néoplasmes épithéliaux et beaucoup prouvent la malignité de leur nature par leur tendance à la généralisation péritonéale et à l'envahissement des organes très loin situés du foyer d'origine du néoplasme. »

« On ne sait guère les conditions de cette marche progressive et jusqu'à présent les caractères anatomiques des unes et des autres n'ont pas permis de reconnaître une différence de structure correspondant à la diversité d'évolution. En sorte que pièces en main après l'opération on ne saurait prédire la marche ultérieure de la maladie. La généralisation même effectuée est bien souvent latente et pourtant l'on conçoit de quelle importance il serait pour le pronostic et pour le traitement de la reconnaître de bonne heure. Parfois cependant une complication lointaine (propagation à la plèvre) vient éclairer le diagnostic. » S'il en est ainsi des tumeurs kystiques, que sera-ce des tumeurs végétantes et des papillomes ?

Avant d'en finir avec ce chapitre si sombre du pronostic, nous voulons cependant dire quelques mots de la statistique de Ernst Cohn (1).

Dans un espace de neuf ans on a fait à la clinique de Schroeder 100 ovariotomies pour tumeurs malignes de l'ovaire. 14 fois on a dû s'arrêter après avoir fait une incision exploratrice, et dans 86 on a pu enlever les tumeurs. C'est à l'aide de ces faits que Cohn a essayé de juger la question de pronostic des tumeurs malignes de l'ovaire.

Ces tumeurs comprennent 4 variétés dont deux de tumeurs solides et deux de tumeurs liquides.

Les tumeurs solides sont des sarcomes, 10 cas sur 86, ou des carcinomes proprement dits, 11 cas sur 86.

Les kystes proliférants glandulaires avec dégénérescence carcinomateuse sont au nombre de 14 et les kystes papillaires au nombre de 38. Dermoïdes sarcomateux ou carcinomateux, 3. Myxomes, 3. Les kystes papillaires sont toujours pour l'auteur de nature maligne.

Sur les 100 opérations il y a 20 morts post-opératoires.

Sur les 86 autres femmes 16 sont mortes de récidive : parmi celles-ci on trouvait 2 sarcomes, 3 carcinomes, 2 dermoïdes carcinomateux, 1 myxome, 4 kystes glandulaires carcinomateux et 4 kystes papillaires.

Les papillaires sont les tumeurs qui ont présenté la plus grande

(1) Ernst Cohn. *Les tumeurs de mauvaise nature de l'ovaire*. Loc. cit.

tendance à la récidive ; 19 opérées n'avaient encore aucune apparence de récidive plus d'un an après l'opération. Les plus longues durées de survie sans récidive sont jusqu'ici : 4 ans 1/2 (dermoïde sarcomateux), 4 ans (sarcome), 1 an et 9 mois (carcinome), 2 ans 1/2 (kyste papillaire carcinomateux), 4 ans (papillome bénin), 4 ans (kyste papillaire suspect), 3 ans (kyste glandulaire carcinomateux). Si on laisse de côté les 38 opérées dont on n'a pu avoir aucune nouvelle il n'en reste pas moins 19,5 0/0 de guérisons constatées au bout d'un an.

Les résultats sont donc encourageants et l'auteur en infère que le pronostic des tumeurs malignes de l'ovaire a été trop assombri.

Nous ne mentionnerons pas tout au long la statistique de Léopold (1) dont les résultats sont comparables à celle de Cohn. Tous deux arrivent aux mêmes conclusions pratiques que nous invoquerons à propos du traitement des kystes végétants de l'ovaire.

Les tumeurs végétantes peuvent avoir une marche très rapide.

Obs. 40. — Péan. In th. Hadjès, 1889, p. 83.

Ovariotomie le 16 juillet 1884. Cancer kystique des deux ovaires et de l'utérus. Ascite. Malade ayant eu quatre enfants : cachexie avancée. Début dix mois. Adhérences molles, peu vasculaires généralisées. Le kyste du côté droit porte à sa surface des productions végétantes.

Quatre mois après l'opération, récidive de l'ascite ; apparition de nouvelles tumeurs dans la région splénique. Plusieurs ponctions doivent être pratiquées. Mort.

Certains épithéliomas mucoïdes peuvent avoir une marche excessivement rapide et une effrayante malignité.

Obs. 4. — Hontang. *Bull. Soc. anat.*, 1887, p. 369.

R., 69 ans. Pas d'antécédents morbides. Ménopause à 51 ans. Bonne santé jusqu'il y a six mois. Palpitations. Dyspnée. Œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale.

9 mai 1887. Signes d'asystolie : anasarque, arythmie cardiaque, cyanose, bronchite généralisée, albuminurie légère.

Apparition de l'ascite à symptômes peu nets : sensation de flot indistincte ; le liquide ne se déplace pas avec les changements de position.

(1) Léopold. La fréquence des tumeurs malignes des ovaires et leur traitement chirurgical. *Deutsche med. Woch.*, n° 4, p. 61, 1887.

18 mai. Paracentèse abdominale : petite quantité de liquide gélatineux, ressemblant à de la gelée de pomme et s'écoulant lentemeut.

Les symptômes d'asystolie s'accentuent et quelques jours après la ponction au point où a porté le trocart dans la paroi abdominale il se développe une tumeur aplatie, bosselée, du volume d'une noix. Tumeur analogue au niveau de la cicatrice ombilicale.

29 mai. Mort.

A l'autopsie, on trouve la cavité péritonéale remplie d'un liquide gélatiniforme, jaune, libre dans le péritoine et qui peut être évalué à 5 ou 6 litres. Tumeur volumineuse partant de l'excavation pelvienne et remontant jusqu'au-dessous de l'ombilic, arborescente, formée de masses arrondies de volume variable, de consistance gélatineuse tremblotante.

CHAPITRE VII

Traitement.

Le diagnostic de tumeur végétante de l'ovaire est posé ; les différents procédés d'investigation rendent sa présence très probable, la ponction exploratrice ; l'analyse du liquide ascitique et son examen histologique en imposent l'existence; quel traitement faut-il instituer; quelles sont les indications et les contre-indications à l'intervention.

Contre-indications à l'opération. — Il n'en existe presque pas. Il ne faut renoncer à opércr que dans les cas où d'autres maladies concomitantes mettent la vie en danger dans un délai facile à prévoir et où l'on ne peut espérer que l'opération rendra plus supportable les derniers mois ou les dernières semaines que la malade a encore à vivre. Seront encore des contre-indications l'état général complètement délabré et la certitude que la généralisation du néoplasme et un fait accompli. Hormis ces cas très rares il faut intervenir et il est formellement indiqué de le faire vite surtout s'il existe des troubles graves de la circulation générale, de l'œdème pulmonaire de l'anasarque intense, si l'on constate la rupture ou la perforation des tumeurs papillaires, des accidents d'étranglement intestinal, de la compression des uretères avec accumulation de l'urine dans les bassinets, l'affaiblissement croissant par suite du trouble des ponctions abdominales et thoraciques. L'âge et le manque de forces ne contre-indiquent pas une opération.

L'ascite est-elle une contre-indication à l'opération? M. Polaillon (1) en 1878 à la Société de chirurgie disait « Lorsque le liquide ascitique est séreux, le pronostic n'est pas grave et on peut opérer ; si le liquide est sanguinolent, le pronostic est très grave et il ne faut

(1) *Bull. Soc. chir.*, p. 225, 1878.

pas opérer. Suivent deux observations à l'appui de cette assertion.

M. Terrier, dans la même séance, se basant sur son expérience personnelle démontra que la nature du liquide n'est pas en relation avec le caractère de bénignité de la tumeur. Tel néoplasme malin peut s'accompagner d'ascite séreuse tandis qu'un autre de nature beaucoup moins maligne détermine la production d'ascite hématique.

M. le professeur Duplay (1) ne considère pas la nature du liquide mais sa quantité. « L'ascite, écrit-il, m'a plusieurs fois paru une condition favorable au succès de l'opération, quand elle est exclusivement due à la présence du kyste ; elle est donc loin de contre-indiquer l'ovariotomie ; dans ces cas, l'épanchement est généralement peu abondant ; lorsque l'ascite est considérable, il est rare qu'il n'existe pas quelque profonde altération du côté de l'utérus et des ovaires de nature à contre-indiquer l'ovariotomie. » « Aussi ajoute-t-il, je conseille après avoir complètement évacué le liquide péritonéal à l'aide d'une ponction, d'explorer avec le plus grand soin la cavité abdominale et surtout la cavité du petit bassin et de s'abstenir de toute intervention si l'on trouve un kyste adhérent, l'utérus immobile, déplacé et augmenté de volume et les culs-de-sac du vagin effacés. »

Cette opinion est aussi celle de notre maître, M. le professeur Duret, mais il nous semble que la présence de l'ascite, de l'ascite même abondante ne doit pas contre-indiquer l'opération.

Plusieurs de nos observations (obs. 37, 38, 50) dans lesquelles l'épanchement péritonéal était abondant semblent militer en faveur de cette dernière opinion, puisque l'opération pratiquée dans ces cas a été suivie de succès.

L'ascite en tant qu'ascite n'est donc pas une contre-indication, parce qu'elle peut exister en l'absence de généralisation, dans le cas de tumeurs végétantes de nature relativement bénigne.

M. Sebileau (2) va plus loin et dit que l'ascite commande l'opération.

Schroeder (3) apporte quelques restrictions non en ce qui concerne l'ascite, mais la nature de la tumeur.

(1) Duplay. *Arch. gén. de méd.*, p. 20, 1879.
(2) *Les épanchements du péritoine.* In Th. Paris, 1889, p. 83.
(3) Schroeder. *Mal. des organes de la femme*, p. 445.

« L'ovariotomie, dit-il, est surtout contre-indiquée lorsque la tumeur est de nature maligne et qu'elle ne peut plus être extirpée totalement. Aussitôt donc que l'examen objectif a démontré que le péritoine est envahi par la dégénérescence il faut renoncer à l'intervention chirurgicale. »

Et plus loin : « Le traitement des cancers dépend de l'existence ou de la non existence des manifestations métastatiques à la surface du péritoine.

Dans ce dernier cas il faut de suite faire l'ovariotomie et même alors on est souvent malheureusement surpris de ne pouvoir enlever tout le mal. Si au contraire on perçoit des nodosités dans le cul-de-sac de Douglas, ou bien si la base infiltrée du néoplasme s'étend au tissu conjonctif pelvien, on ne fait en opérant que précipiter l'issue fatale, inéluctable. »

Mais a-t-on jamais la certitude que le péritoine est envahi ? De plus nous avons dans nos observations des exemples où M. Terrier a dû détacher avec l'ongle des noyaux néoplasiques dans les culs-de-sac, et cependant les malades ont guéri et l'ascite ne s'est pas reproduite. Aussi croyons-nous être dans le vrai en généralisant et en disant que plus le pronostic de l'opération est mauvais du chef des complications alléguées et plus il devient certain que l'ovariotomie est la seule planche de salut.

L'opération s'impose donc à la suite de ces considérants et aussi par les résultats cliniques obtenus. L'expectation telle que la conseillent Spencer Wells, Taylor, Smith Peaslee ne peut avoir que des dangers et avec Cohn et Léopold nous dirons qu'il faut opérer et extirper de bonne heure, le plus vite possible, les tumeurs de l'ovaire qui ne sont ni une simple hydropisie folliculaire ni un kyste parovarien.

La crainte de la généralisation, la plus grande facilité et la moindre gravité d'une opération pratiquée pour une tumeur petite et peu adhérente imposent cette décision conseillée par beaucoup de chirurgiens et préconisée par Knowsley Thornton au Congrès international de Copenhague en 1884.

L'ablation et surtout l'ablation précoce est donc une opération de choix.

Mais si l'on ne peut faire cette opération de choix, si la tumeur est déjà volumineuse au point que la propagation est à craindre, que faut-il faire ?

« A toute malade qui porte un épanchement péritonéal et une tumeur de l'abdomen, hors ces cas exceptionnels de cachexie avancée et de mort imminente, l'on peut et l'on doit ouvrir le ventre » (1). Au chirurgien de voir si l'opération est possible et cela après avoir fait une consciencieuse exploration.

Cette opération réduite à l'état de simple incision exploratrice ne présente que peu de danger si l'on a pris soin de s'entourer de toutes les précautions antiseptiques, nous dirons plus ; elle peut même rendre service. C'est ainsi que M. Nicaise rapporte le cas d'une femme de 31 ans qui avait déjà été ponctionnée 24 fois pour une ascite entretenue par des papillomes ovariens. L'incision fit constater des tumeurs papillaires polykystiques des deux ovaires avec greffe des tumeurs dans la fosse iliaque droite le long des vaisseaux et sur les intestins. L'ablation de toutes ces tumeurs fut reconnue impossible. La malade guérit de l'opération et la reproduction du liquide fut notablement retardée. On ne dut refaire de ponction qu'au bout de 4 mois puis tous les mois au fur et à mesure que les tumeurs du petit bassin augmentaient de volume. L'état général resta bon. (Nicaise, Soc. Chir., 25 mars 1885.) Comme moyen thérapeutique de ces sortes de tumeurs Hugo Coblentz n'admet que l'ablation totale ou partielle avec destruction du reste de la tumeur lorsque l'ablation totale est impossible. Dans tous les cas l'opération doit être pratiquée le plus tôt possible. Il s'élève contre l'écrasement avec les deux mains des petites tumeurs et contre la paracentèse palliative.

Il importe d'opérer ne fut ce que partiellement, puisque dans un cas Flaisehlen a fait l'ovariotomie unilatérale et laissé de petites productions papillaires dans le cul-de-sac de Douglas et deux ans après la malade ne présentait aucune trace de récidive.

L'incision exploratrice dictant l'opération au chirurgien est aujourd'hui admise surtout s'il a été impossible de faire un diagnostic par tous les procédés d'investigation réunie.

Cette manière d'agir est soutenue par tous les chirurgiens qui s'occupent des maladies de l'abdomen, elle est défendue par Foulis et Emmet qui ne se laissent arrêter ni par la nature de la tumeur ni par la présence de l'ascite dont la reproduction incessante est la cause fréquente de la cachexie particulière des femmes atteintes de cancers de l'ovaire.

(1) SEBILEAU. Th. Paris. *Loc. cit.*

Lorsqu'on doit forcément renoncer à l'opération totale ou partielle la thérapeutique est très ingrate, car nous ne connaissons aucun agent qui soit capable d'arrêter l'évolution de ces néoplasmes.

Les moyens chirurgicaux autres que l'ovariotomie sont aussi complètement insuffisants. La paracentèse abdominale n'est jamais qu'une opération palliative. « Lorsqu'une ponction, ou une laparotomie exploratrice ont montré que la tumeur est inopérable, il n'y a plus rien à tenter, dit Sebileau ; il faut laisser la malade à son triste sort ; toute intervention lui serait préjudiciable. Les ponctions ne sont pas seulement inutiles dans le traitement de l'ascite ; elles sont dangereuses, par l'épuisement continu et rapide de la malade ». Chaque ponction est, en effet, une saignée qui soustrait à la patiente une quantité considérable de matières albuminoïdes, quand elle n'enlève pas les éléments du sang dont les malheureuses ont tant besoin.

Nous ne ferons qu'une seule restriction qui résume notre manière de voir en pareils cas ; nous croyons que la ponction s'impose quand la distension du ventre est tellement considérable que le cœur et les poumons sont refoulés très haut, que l'oppression est extrême, l'angoisse considérable et l'asphyxie imminente. Même dans ces cas la ponction ne fait que retarder de quelques jours l'issue d'un événement fatal et absolument inéluctable.

Il faut intervenir sur-le-champ dès que l'on constate la rupture d'un kyste dans la cavité abdominale.

Obs. — Knowsley Thornton. *Med. Tim. and. Gaz.*, vol. I, 1881, p. 213. In th. Poupinel, p. 54.

Femme de 41 ans. Kyste à végétations papillaires internes. Rupture du kyste. Généralisation au péritoine. Ovariotomie le 3 mai 1877, opérée bien portante en 1881. Toute trace de petits papillomes qu'on avait vus et sentis sur le péritoine pendant l'opération à complètement disparu.

L'incision abdominale exploratrice présente peu de danger.

Obs. 41. — Knowsley Thornton. *Commun. Roy. méd. and Surg, Société of London*, janvier 1881. In th. Poupinel, p. 56.

Femme de 49 ans, mariée ; opérée en mai 1879. Incision exploratrice. Tumeurs papillomateuses des deux ovaires avec infection générale du péritoine et gros fibrome utérin. Evacuation du liquide ascitique et ablation de grosses masses papillomateuses. Guérison.

OBS. 42. — KNOWSLEY THORNTON. (*Ibidem.*)

Femme de 50 ans, mariée ; opérée en mars 1879. Incision exploratrice. Kyste papillomateux adhérent de toutes parts. Infection péritonéale étendue. Evacuation de l'ascite. Guérison.

L'incision exploratrice peut être utile.

OBS. 43. — NICAISE. *Soc. chirurgic.*, 25 mars 1885.

Incision abdominale exploratrice chez une femme de 31 ans. Ponctionnée déjà 24 fois pour une ascite symptomatique. Tumeurs papillaires et polykystiques des deux ovaires avec greffe des tumeurs papillaires dans la fosse iliaque droite le long des vaisseaux iliaques et sur les intestins.

Ablation reconnue impossible.

La malade a guéri de l'opération et la reproduction du liquide a été notablement retardée. On n'a dû refaire de ponction qu'au bout de 4 mois, puis tous les mois depuis 3 ans et demi. Les tumeurs du petit bassin ont augmenté, mais la malade a toujours un bon état général.

L'incision exploratrice indique quand l'opération est impossible.

OBS. 44. — SPENCER WELLS. N° 24 des *statistiques d'ovariotomie incomplète*, août 1871. In Th. POUPINEL, p. 54.

Femme de 63 ans, mariée. Evacuation du liquide ascitique et ponction de deux kystes. On laisse intacte des masses papillomateuses comprenant l'utérus, les deux ovaires, la vessie et le rectum.

Mort 15 jours après.

L'ablation partielle rend parfois de grand services.

OBS. 45. — KNOWSLEY THORNTON. *Med. Times and Gaz.* 1881, vol. 1, p. 675. In Th. POUPINEL, p. 55.

Kystes ovariques ouverts dans l'abdomen avec infection péritonéale. Femme de 33 ans. Ovariotomie le 4 juillet 1877. Développement rapide en neuf mois.

Kystes papillomateux des deux ovaires, soudés ensemble, adhérents à la vessie, à l'utérus, etc. Péritoine pariétal et intestinal recouvert de granulations (grains de sagou) groupées par plaques. Ablation de quelques-unes de ces granulations pédiculées sur le péritoine pariétal. Drainage péritonéal. État de santé excellent plus de quatre ans après l'opération.

Obs. 46. — Knowsley Thornton. *Med Times and Gaz.*, 1888, vol. 1, p. 673. In th. Poupinel, p. 55.

Kyste ovarique ouvert dans le péritoine. Infection péritonéale. Ovariotomie en janvier 1878.

Kyste multiloculaire à parois épaisses de l'ovaire droit, et contenant des végétations papillomateuses dans toutes ses poches. Tumeur constituée d'un gros kyste et d'une quantité de petits. Péritoine pelvien recouvert de végétations papillomateuses. Guérison, bonne santé ultérieure. Une grossesse. Opérée et revue 3 ans 1/2 après l'opération.

Obs. 47. — Knowsley Thornton. — *Med. Times. and Gaz.*, 1888 vol. 1, p. 663.

Ovariotomie le 27 février 1878. Kystes à végétations internes papillomateuses de l'ovaire gauche, papillomes externes de l'ovaire droit. Masses végétantes au fond du cul-de-sac de Douglas et sur l'utérus. Ganglions inguinaux. Bonne santé 3 ans 1/2 après. Persistance des tumeurs inguinales.

L'ovariotomie peut être pratiquée deux fois chez la même femme, ce qui prouve la tendance de ces tumeurs à la récidive.

Obs. 48. — Terrier. *Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. — Ovariotomie. — Récidive sur l'ovaire du côté gauche. — Deuxième ovariotomie. — Guérison.* — In *Union méd.*, 1885, p, 926 et Th. de Hadjès, p. 72.

Mme G.., femme Dub., âgée de 42 ans, sans profession, entre le 13 janvier 1884, salle Chassaignac, nº 13, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale. Réglée à 14 ans, elle n'a jamais eu de troubles de la menstruation : depuis quelque temps, les règles jusqu'ici très abondantes ont diminué de quantité.

Mariée à 21 ans, elle n'a jamais eu d'enfants et n'a jamais fait de fausses couches.

Il y a une douzaine d'années, la malade a été sujette à des douleurs au niveau des régions ombilicale, hypogastrique et iliaque gauche.

La douleur était alors le seul symptôme qui existât et le ventre avait son volume habituel. A cette époque, la malade alla consulter M. Van Peteghem (de Lille) ; celui-ci reconnut une ulcération du col de l'utérus qu'il cautérisa une vingtaine de fois et une tumeur grosse comme une pomme, de consistance dure et siégeant dans la fosse iliaque droite.

La malade vint alors à Paris et consulta M. le professeur Duplay. Celui-ci découvrit une seconde tumeur du volume d'un petit œuf, mobile, située au-

dessous de la symphyse pubienne et conseilla à la malade de se faire opérer le plus tôt possible. M. Péan consulté quelques jours plus tard, diagnostiqua, au dire de la malade, un corps fibreux kystique ; il ne croit pas l'opération nécessaire, du moins pour le moment. Quatre ou cinq semaines après, M. Parise (de Lille) diagnostiqua des fibro-kystes multiples et considéra l'opération comme impossible. Peu après, M. Koeberlé à Strasbourg diagnostiqua une tumeur fibreuse kystique et rejeta l'intervention. Le développement du ventre a été graduel et la marche, silencieuse d'ordinaire, n'a été interrompue que par cinq ou six poussées douloureuses.

Urines abondantes, perte de l'appétit. Examen de M. Terrier qui diagostique un kyste de l'ovaire ; une ponction exploratrice est faite le 19 janvier.

Première ovariotomie. — Faite par M. Terrier avec l'aide de MM. Périer, J. Championnière et Berger, chirurgiens des hôpitaux. Ouverture rapide du péritoine qui contient un peu de liquide ascitique. La poche kystique droite est recouverte par l'épiploon adhérent au kyste et à la paroi abdominale. En bas, les tumeurs sus-pubiennes sont des kystes remplis de liquide clair qui les distend fortement.

L'épiploon est détaché peu à peu du kyste et de la paroi; adhérences intimes entre le kyste et l'appendice cæcal. Le kyste du côté droit est ponctionné et donne trois litres et demi d'un liquide rougeâtre avec des cristaux de *cholestérine*. En bas le kyste se continue avec la masse polikystique sus-pubienne.

Deux pédicules sont faits un à droite et l'autre à gauche.

Masses végétantes derrière le pédicule droit qui sont enlevées. Toilette minutieuse du péritoine et du petit bassin ; on replace l'épiploon en avant des anses intestinales et on fait la suture du ventre avec huit fils profonds et un superficiel. Durée de l'opération ; cinquante-quatre minutes.

Suites de l'opération excellentes; la malade sort guérie le 23 février. Revue vers la fin de 1881, elle jouissait d'une bonne santé et ne présentait pas trace de récidive, le kyste enlevé était formé d'une grande poche du volume d'une tête d'adulte et de quatre poches accessoires offrant les dimensions du poing et au-dessous. Le liquide du kyste est de deux kilogrammes et cent grammes ; le liquide évacué, de quatre litres.

Apparition d'une nouvelle tumeur vers le mois d'août 1885, traduisant sa présence par les douleurs qu'elle provoque chez la malade et la tuméfaction de l'abdomen. Urines normales en quantité et qualité; mictions difficiles et fréquentes, pas de règles, celles-ci s'étant supprimées après la première intervention chirurgicale.

Deuxième ovariotomie. — Faite par M. Terrier le 30 mars 1886 à l'hôpital Bichat. Adhérence du kyste développé aux dépens de l'ovaire gauche avec les parois abdominales antéro-latérales, adhérences épiploïques. Ablation de la tumeur en masse, sans ponction ; ligature du pédicule avec

deux fils à anses entre-croisées (méthode Thornton). Durée de l'opération vingt-deux minutes.

Revue en 1888, Mme D... présente des accidents de rhumatisme, mais pas trace de récidive, si ce n'est que quelques ganglions sous-maxillaires droits et parotidiens étaient tuméfiés.

Examen anatomo-pathologique (Dr Poupinel). — Le poids total de la tumeur enlevée en second lieu est de 6 kilogr. ; 4,000 gr. de liquide pour 2,100 de matière solide. Cette masse multilobée a le volume total d'une tête d'adulte environ, ressemblant à une grappe de raisin ou à un ovaire de poule, dont chaque lobe a au moins le volume d'une pomme d'api. Les diverses poches ont en général une paroi assez mince, tout à fait transparente pour plusieurs d'entre elles. Leur contenu est visqueux, filant, ambré. Elles sont toutes groupées et implantées autour d'une masse semi-solide sur laquelle s'observent trois groupes de végétations en choux-fleurs et où vient le pédicule de la tumeur. La masse semi-solide est constituée par un tissu aréolaire. Dans l'intérieur des petits kystes qui la constituent s'observent de volumineuses végétations blanchâtres dont quelques-unes comblent complètement la cavité où elles se trouvent. Deux des grands kystes présentent aussi des végétations sur leur face interne,

Il existait des masses néoplasiques sur le péritoine pelvien ; elles n'ont pu être enlevées.

Examen histologique (Dr Poupinel). — On est en présence d'un épithélioma à cellules cylindriques vibratiles ; le stroma est formé de tissu conjonctif adulte, creusé de quelques cavités épithéliales remplies plus ou moins complètement de végétations. On y voit un revêtement épithélial régulier, mais très bourgeonnant, une seule couche de cellules cylindriques de haute grandeur à cils vibratiles. La charpente des végétations est en général fibreuse, myxomateuse dans quelques-unes. Des globes de substance colloïde sont disséminés en grande abondance un peu partout, surtout dans le stroma des végétations et celui de la tumeur au voisinage des kystes.

Les kystes végétants peuvent manifester leur présence primitivement par des épanchements de nature sanguinolente dans la plèvre.

OBS. 49. — TERRIER. — *Tumeur kystique végétante de l'ovaire gauche. — Généralisation pleurale, diaphragmatique et épiploïque. — Ovariotomie. — Mort.* In th. de HADJÈS, p. 95. (Résumée.)

Femme de 45 ans. Entre en mai 1887. Ménopause en 1885. Le ventre a augmenté de volume depuis un an.

Peu de temps après son entrée on constate un épanchement pleural droit qui s'est développé insidieusement et sans fièvre.

7 juillet. Thoracentèse. Liquide d'abord citrin puis tinté de sang.

En août on fait deux fois la paracentèse et on retire la première fois 700 gr. de liquide rose et 800 gr. de liquide clair. Amélioration notable des signes thoraciques.

Opération. — 22 octobre 1887. L'ablation de la tumeur est impossible. Mort rapide dans le collapsus.

Autopsie. — La plèvre gauche est farcie de masses néoplasiques ; un lambeau examiné au microscope est creusé de cavités kystiques à peine visibles à l'œil nu et tapissées d'un épithélium métatypique.

UN CAS DE GÉNÉRALISATION PROBABLE DE TUMEURS VÉGÉTANTES OVARIENNES A L'ESTOMAC

OBS. TERRIER. — *Tumeur végétante des deux ovaires. — Ablation. — Hématémèse et mort rapide. — Rev. chirurg.*, 1886, p, 188. (Résumée.)

Femme de 35 ans. Métrite antérieure. En septembre 1881 accidents péritonéaux. Augmentation de volume du ventre,

Janvier	1882.	1re ponction	14	litres.	Liquide citrin.
Mars	—	2e —	15	—	—
Juin	—	3e —	15	—	—
Novemb.	—	4e —	18	—	Liquide brunâtre.
Août	1883.	5e —	20	—	
Juin	1884.	6e —	22	—	Menstruation normale.

Douleurs dans le bas-ventre. Œdème des jambes. Abdomen très distendu.

Opération le 9 décembre 1884. *Trente-deux litres de liquide ascitique.* Le bassin est rempli de tumeurs végétantes.

L'ablation est excessivement laborieuse.

Le 2e jour après l'opération la température monte à 39°

Douleurs d'estomac. Aigreurs. Rejet d'un sang noir par la bouche.

Le 3e jour à partir de 4 heures du matin, expectoration de matières noirâtres, marc de café, qui viennent en grande abondance par suite d'efforts de vomissements.

Cette hématémèse bien caractérisée continue toute la journée malgré la glace.

L'abdomen est souple, indolore. Pas trace de péritonite.

Amélioration vers le soir.

Dans la soirée, vers 9 heures subdélirium, agitation puis coma. Mort à 10 heures 1/2.

L'autopsie n'a pu être faite. Décomposition cadavérique rapide.

Réflexions de M. Terrier. — C'est la première fois que nous observons une hématémèse après l'ovariotomie et nous nous en expliquons très mal la cause. Résultait-elle d'une simple congestion de la muqueuse, congestion dont la cause nous échappe ? Ou bien au contraire, y avait-il du côté de l'estomac des néoformations épithéliales analogues à celles des ovaires, en un mot un cancer latent de l'estomac qui brusquement et après l'intervention chirurgicale s'est révélé par des hématémèses abondantes ? Nous serions plus disposé à accepter cette dernière hypothèse; en tous cas ce qu'on peut affirmer c'est que la malade n'avait pas de symptômes péritonitiques.

Exemple de guérison datant de trente-deux mois.

Obs. 50. — *Tumeurs végétantes d'aspect papillomateux et cancéreux des deux ovaires. — Ovariotomie. — Guérison.* (Personnelle, inédite.)

Léontine M., repasseuse, âgée de 25 ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Duret, le 5 juillet 1887.

Les règles apparaissent à l'âge de 12 ans, et depuis lors elles ont toujours été régulières.

Pas d'antécédents morbides héréditaires ou personnels. La malade ne peut indiquer à quelle date a débuté son affection. C'est seulement il y a deux ans qu'elle a constaté une augmentation de volume du ventre accompagnée de gêne de la marche et de pesanteur dans l'abdomen : elle ne peut non plus indiquer de quel côté est apparue la tumeur.

A aucune époque Léontine n'a ressenti de douleurs dans le ventre.

On fit successivement quatre ponctions en janvier, en mars, en juillet 1886 et en mars 1887. Dans les trois premières ponctions on retira un liquide jaune citrin ; à la quatrième il s'écoula du liquide couleur chocolat filant et muqueux. A chaque ponction on retira 15 à 20 litres de liquide ascitique dont la reproduction fut toujours assez rapide. La malade éprouvait de fréquentes envies d'aller à la garde-robe.

Etat actuel. — Le ventre est volumineux, tombant sur les cuisses et mesure 122 centimètres dans sa plus grande circonférence. On mesure 67 centimètres de l'appendice xiphoïde au pubis et 65 centimètres d'une épine iliaque à l'autre. La peau de l'abdomen présente un aspect bleuâtre, elle est sillonnée de grosses veines surtout à la partie supérieure des hypocondres, elle est vergetée à sa partie inférieure.

La pointe du sternum est refoulée en avant, l'ombilic est saillant et la peau est épaissie à son niveau.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Dans la moitié supérieure de l'abdomen, sur la ligne blanche, la matité

n'est pas absolue, mais la sonorité maxima existe au niveau des flancs droit et gauche, sur une surface de deux travers de main.

Lorsqu'on fait coucher la malade sur un côté, la sonorité ne devient que très peu évidente du côté opposé. Sensation de flot très nette.

Le ventre est dépressible, mais en aucune partie de l'abdomen, on ne sent de masse dure.

Le col utérin remonte très haut; la matrice est remontée dans la concavité du sacrum et très difficile à atteindre.

Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une masse dure que l'on prend d'abord pour l'utérus incliné latéralement. On porte le diagnostic probable de tumeur kystique avec poche très volumineuse.

L'opération est pratiquée le 14 juillet par M. le professeur Duret. On fait une incision longitudinale de 18 centim., et partant de 3 centim. de l'ombilic jusqu'à 3 centim. du pubis. On tombe sur le péritoine que l'on incise ; il s'écoule 800 grammes environ de liquide citrin, légèrement huileux. On ponctionne alors avec un gros trocart ce que l'on croit être le kyste et l'on retire environ 20 litres d'un liquide couleur chocolat et tenant en suspension une grande quantité de paillettes de cholestérine.

L'opérateur cherche ensuite à décoller les adhérences qui paraissent exister entre le péritoine pariétal et la prétendue paroi antérieure du kyste ; celle-ci est très mince et se rompt facilement. Ces ruptures laissent écouler du liquide chassé de l'arrière-fond de la cavité par les mouvements de contraction que fait la malade.

Le liquide ne cessant de couler, on se décide à sectionner la poche sur une longueur de quelques centimètres.

Ce qu'on avait cru décoller comme paroi du kyste n'était autre que le péritoine lui-même adhérent à un fascia sous-péritonéal épaissi et lamelleux ; on reconnaît bientôt l'erreur et l'on tombe dans la cavité abdominale à la partie supérieure de laquelle les intestins sont refoulés. Il s'agissait d'une vaste ascite dans laquelle sans doute, à cause de la densité du liquide, les anses intestinales avaient été refoulées à la périphérie dans tous les sens, comme cela se produit ordinairement dans les kystes de l'ovaire.

On retire au moyen d'éponges le reste du liquide et on prolonge l'incision; on aperçoit alors dans le petit bassin une tumeur végétante au niveau de l'ovaire gauche.

La main de l'opérateur délimite avec beaucoup de peine une tumeur renfermée dans une poche presque sessile et présentant trois pédicules très courts qui l'attachent à l'utérus. On fait sur chaque pédicule une ligature avec du fil de soie et l'on sectionne.

La masse néoplasique enlevée présente le volume d'une orange.

Du côté de l'ovaire droit, la main rencontre une autre tumeur, à parois dégénérées et présentant des ulcérations à travers lesquelles font hernie des

végétations néoplasiques. Cette tumeur présente un premier pédicule assez mince qu'on lie avec du fil de soie et qu'on sectionne ; sur le second pédicule de gros calibre on applique une pince de Richelot. On sectionne et l'on amène une tumeur du volume d'une tête de fœtus.

Avec du fil de soie, on pose trois ligtures en chaîne sur le pédicule situé profondément dans le petit bassin en arrière de l'utérus. Dans le cul-de-sac postérieur on sent de petites concrétions calcaires, irrégulières, qu'on enlève avec le doigt.

On résèque le lambeau péritonéal qui a été décollé de la partie abdominale, on fait la toilette du péritoine surtout dans le petit bassin et l'on suture.

Aucun accident consécutif ; la température ne monte jamais au-dessus de 38° et trois semaines après l'opération la malade peut se lever et sortir de l'hôpital complètement guérie.

Examen des tumeurs enlevées. — La tumeur gauche présente la forme d'un cuboïde, du volume d'une grosse orange ; sa surface est lisse. Sur une coupe, on voit une masse de tissu mou, bourgeonnant, d'un gris jaunâtre sale au sein duquel on ne constate plus trace d'ovaire. Ces néoformations sont contenues dans une enveloppe de tissu conjonctif, enveloppe complète et sans pertuis.

Le tissu de la tumeur est très friable et paraît assez vasculaire ; l'aspect du néoplasme est celui d'un sarcome embryonnaire ou d'un épithélioma végé tant, très mou.

La tumeur droite présente un degré plus avancé de prolifération ; çà et là son enveloppe est ulcérée, perforée par les progrès de la néoformation et par les différentes ouvertures s'échappe le tissu qui, de l'intérieur, a proliféré vers l'extérieur ; de sorte que la tumeur principale encore enveloppée dans une coque ou paroi fibreuse est surmontée d'une masse en chou-fleur ayant au moins le quart de son volume.

Les végétations sont molles, grisâtres, d'aspect encéphaloïde, elles sont pressées les unes contre les autres comme les capitules de certaines plantes.

A quelque distance, on voit une végétation distincte, plus petite qui a perforé isolément l'enveloppe.

Ni dans l'une, ni dans l'autre de ces deux tumeurs on ne constate de cavités kystiques.

Examen histologique, par M. le professeur AUGIER. — La coupe porte sur la tumeur au niveau d'un point où se trouve situé un petit kyste du volume d'une noix dont la cavité est entièrement bourrée de végétations.

La paroi de la tumeur est formée de deux couches assez distinctes, une externe lamellaire, dense, fibreuse, l'autre interne dont les faisceaux de tissu conjonctif moins serrés présentent de nombreuses coupes de vaisseaux sanguins dans leur intervalle. De la surface interne de cette couche s'élèvent dans la cavité du petit kyste des végétations arborescentes de configuration

et de direction extrêmement variées. Les bourgeons des masses végétantes ne paraissent être arrêtés dans leur développement que par le voisinage des végétations voisines.

Ces végétations sont toutes constituées par une charpente conjonctive tapissée d'un épithélium cylindrique de revêtement. La charpente conjonctive présente presque partout l'apparence du tissu myxomateux.

Les végétations, même les petites, contiennent des vaisseaux au centre. Les végétations les plus épaisses présentent au voisinage de leur implantation du tissu conjonctif adulte, fibrillaire.

L'épithélium de revêtement présente partout une disposition régulière en une seule couche. On ne trouve dans aucune des coupes des amas épithéliaux rappelant l'aspect carcinomateux.

Dans la plupart des végétations l'élément épithélial représente une proportion moindre que l'élément conjonctif ; cependant au sommet de certaines végétations l'élément épithélial l'emporte et l'axe conjonctif est réduit à une tige extrêmement grêle, de sorte que la néoformation en ce point paraît être de nature épithéliale. Le revêtement épithélial est toujours régulier, mais en ces points il affecte une disposition dendritique remarquable.

L'épithélium comprend des cellules cylindriques simples très hautes, ou des cellules caliciformes. On n'a pu trouver de cils vibratiles. En aucun point de la tumeur on ne constate de dégénérescence cancéreuse. On se trouve donc ici en face de papillomes purs de l'ovaire et l'on conçoit assez bien que des tumeurs de ce genre ne soient pas de mauvaise nature.

La malade revient voir M. Duret le 20 novembre 1888. La santé est excellente, l'embonpoint est considérable ; elle se plaint seulement de l'augmentation de volume du ventre.

Les règles sont revenues 5 mois après la guérison, peu abondantes, sans la moindre douleur et ont duré cinq jours ; elles ont le même caractère qu'avant l'opération, et cela malgré l'ablation totale des deux ovaires.

Pendant les cinq mois où elles ont fait défaut, la malade n'a jamais éprouvé le moindre trouble céphalique, abdominal ou gastrique.

L'augmentation de volume du ventre est due simplement à une éventration qui forme une tumeur du volume des deux poings et qui siège au niveau de l'incision opératoire. Cette éventration permet à la main d'explorer profondément et de noter l'absence de toute tumeur dans le petit bassin. Le toucher vaginal permet à peine de sentir à l'extrémité du doigt le col de l'utérus qui est très remonté et regarde en arrière. Cette ascension est due probablement à la rétraction cicatricielle. Rien dans les culs-de-sac. La guérison est donc complète jusqu'à présent et après 16 mois, il n'y a pas trace de récidive.

On conseille à la malade le port d'une ceinture ombilicale élastique dans le but de maintenir la réduction de la hernie.

La malade est revue en mars 1890. Aucune trace de récidive.

État général excellent.

Remarques par M. Duret. — 1° Le diagnostic porté avant l'opération fut erroné bien que l'examen eût été fait avec le plus grand soin. Pourtant le ventre était globuleux et saillant dans la région ombilicale.

On songea donc à un kyste très volumineux. La percussion révélait de la sonorité manifeste à l'épigastre, sous les hypochondres et dans les flancs, et lorsqu'on faisait coucher la malade sur le côté la zone périphérique de sonorité ne subissait que peu de modifications. Les intestins ne surnageaient pas comme dans l'ascite ordinaire. Il est peut être rationnel d'admettre que lorsque la cavité péritonéale contient un liquide très dense et comme huileux les anses intestinales ne se déplacent pas aisément.

2° L'ablation de tumeurs ovariennes molles et presque sessiles a pu cependant être faite et le succès opératoire a été rapide et complet.

3° Quelle est la nature de ces tumeurs ? L'examen histologique a démontré qu'on se trouvait en présence de papillomes de l'ovaire ne présentant en aucun point la dégénérescence cancéreuse. Peut-être est-il rationnel d'invoquer la bénignité du papillome pur pour expliquer cette guérison sans récidive.

4° Il n'y a d'ailleurs qu'à s'applaudir d'avoir entrepris cette opération. La malade à déjà 32 mois de survie ; il n'y a aucune trace de récidive et sa santé est florissante. Qu'on rapproche cette observation de celle relatée au n° 35 ; dans les deux cas on a affaire à des tumeurs végétantes des deux ovaires ; mais dans le premier cas, le cancer s'est généralisé, dans celui-ci au contraire, la guérison par l'opération paraît définitive. Notons que la malade qui guérit est jeune, circonstance qui peut-être explique l'heureux résultat de l'intervention. La différence de constitution histologique de ces tumeurs ne suffit-elle pas à expliquer la différence d'évolution ? Toutefois il est prudent de ne pas affirmer une guérison définitive de peur d'être déçu dans l'avenir.

Voici, en effet, une observation où la récidive s'est faite cinq ans après l'opération.

Obs. 51. — Terrier. — *Kystes végétants des deux ovaires. — Ascite. — Ablation des deux tumeurs. — Pleurésie. — Abcès du petit bassin. — Guérison. — Persistance des règles.* In *Union méd.*, 2 juillet 1887, et in th. de Hadjès, p. 77.

Mlle Paillard, Ida, 22 ans, lectrice, demeurant à Paris, entre le 19 juin 1884 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 11. Depuis un an environ cette jeune fille est tourmentée par une sensation de pesanteur siégeant dans le bas-ventre ; en outre elle est souvent prise de violentes coliques localisées dans

la même région. Le ventre n'augmenta pas de volume au début ; après quelques mois seulement la malade s'aperçut que ses vêtements devenaient trop justes ; l'accroissement fut très lent, mais l'amaigrissement et la perte des forces furent très marqués. La constipation habituelle chez la malade n'est pas devenue plus opiniâtre, là miction sans être plus douloureuse est plus fréquente. La menstruation a toujours été régulière depuis l'âge de 14 ans. Aucune affection de l'appareil génital.

La malade entre au mois de mai dans le service de M. Labbé, à la Maison de santé et le 1er juin une ponction faite par M. Cruveilhier retira 5 litres 800 gr. d'un liquide assez épais et couleur acajou. Peu après le ventre avait repris son volume. Le 19 juin la malade entre dans le service de M. Terrier.

Examen à l'entrée. — Le ventre est plus développé, plus proéminent dans la portion sous-ombilicale, il est presque symétrique, toutefois un peu plus saillant à gauche. La cicatrice ombilicale n'est pas déplissée, la peau est souple et saine, non distendue, sans varicosités.

Circonférence du ventre au niveau de l'ombilic, 79 cent.

L'ombilic est distant de l'appendice xiphoïde de 13 centim., du pubis de 19 centim., de l'épine iliaque antéro-supérieure droite de 15 centim., de l'épine gauche de 19 centim.

La matité occupe l'hypogastre et les fosses iliaques, elle remonte jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic. La percussion est douloureuse au niveau du flanc droit. La sensation de flot est très manifeste dans toute l'étendue de la matité, l'impulsion se transmet également bien dans toutes les directions et dans tous les points occupés par la matité. Il est impossible de délimiter une tumeur par la palpation et le liquide est certainement de nature ascitique.

Le toucher est assez difficile à cause de la présence de l'hymen, l'utérns est abaissé, mobile, les culs-de-sac sont libres.

L'état général est médiocre, la malade est faible et três amaigrie, elle ne tousse pas. Ses urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

L'opération est pratiquée le 22 juillet 1884 avec l'aide de MM. Berger, Périer et Just Championnière : anesthésie par le chloroforme. L'Incision médiane sous-ombilicale saigne beaucoup, le péritoine ouvert il s'écoule 6 à 8 litres d'ascite avec des cristaux de cholestérine, fait important à signaler. L'ouverture de l'abdomen est alors agrandie en haut et en bas de l'ombilic à 2 centim. du pubis pour faciliter l'exploration du bassin. Celui-ci est rempli de papillomes siégeant sur les deux ovaires, sur le fond de l'utérus, sur les ligaments larges, enfin dans les culs-de-sac recto et vésico-utérins.

La tumeur droite est liée à son pédicule avec deux fils en X et excisée, On détruit les masses des culs-de-sac et du bord correspondant utérin en les grattant avec les ongles. La tumeur droite est plus facile à lier, et le pédicule est fait en partie avec le tissu ovarique de ce côté dont on excise les parois kys-

tiques, remplies elles-mêmes de végétations. Retournant à droite on applique une deuxième ligature en X plus bas que la précédente afin d'enlever toute la tumeur papillaire de ce côté. Une adhérence de l'épiploon à la paroi est sectionnée entre deux pinces et liée au catgut.

L'opération a durée 55 minutes. Lister complet. Suture de la paroi avec neuf fils d'argent profonds et deux superficiels.

Soir : Pas de douleurs abdominales, ténesme vésical, cathétérisme. Une piqûre de morphine de 0,01 cent., glace, champagne. T. 38°,6 ; P. 98 ; R. 24. Quelques coliques, nausées et vomissements jusqu'au 30.

Le 30. Disparition de ces accidents et surtout des douleurs abdominales qui cèdent après d'abondantes évacuations.

1er août. Douleur dans le côté droit du thorax. Soir, T. 40°.

Le 2. Point de côté plus violent, respiration anxieuse. Matité à la base du poumon droit. Souffle. Égophonie. Vésicatoire.

Au bout de cinq jours l'épanchement commence à décroître.

20 août. Respiration normale partout.

Le 9. On s'aperçoit en renouvelant le pansement que le ventre présente un empâtement diffus et profond ; le lendemain la plaie s'entr'ouvre et laisse passer un suintement séro-sanguinolent assez abondant ; l'écoulement devient graduellement plus abondant, il a une odeur fade, non fétide ; la température se maintient au-dessus de 39° et la malade est très abattue.

Le 11. On place un petit drain dans la fistule, l'état général grave persiste.

Le 16. En pressant légèrement sur le ventre pour évacuer le suintement on fait sortir un flot de pus contenant des débris de tissus sphacélés. La quantité de pus evacué a été d'environ 600 gr. Deux gros drains de 10 centimètres de longueur, sont laissés dans la fistule. Immédiatement l'état général s'améliore, la température tombe le soir à 37°, le ventre redevient souple et indolent. La fétidité de l'écoulement est combattue par des lavages avec de la liqueur de Van-Swieten. Le pus qui s'écoule constamment de la fistule est reçu dans une couche de coton phéniqué.

Vers le 20 août, grandes oscillations thermiques. Faciès amaigri et terreux, prostration extrême. Vomissements malgré toutes les médications, glace, champagne, laudanum, potion de Rivière, lait coupé d'eau de Vichy.

On continue le lavage minutieux de la cavité fistuleuse.

La suppuration diminue notablement et l'état général s'améliore. L'appétit et les forces reviennent rapidement dans les premiers jours de septembre. Le drain réduit à 2 cent. le 7 septembre, est bientôt supprimé.

La malade se lève pour la première fois le 18 septembre et sort guérie.

27 octobre. Circonférence ombilicale, 76 cent. La cicatrice a 6 cent.

Pas d'éventration.

Mlle P... se rend en Suisse au milieu de novembre et le 19 elle revoit ses

règles qui sont abondantes et durent trois jours sans douleurs. L'état général est excellent.

13 mai 1885. Mlle P... se porte très bien, n'a aucune douleur dans l'abdomen. Depuis le mois de novembre 1884 les règles reviennent tous les mois, durent environ quatre jours et sont peu abondantes. Les époques ne sont pas douloureuses. Les douleurs pleurétiques à droite persistent de temps en temps lors des changements de temps.

6 octobre 1885. Toujours bonne santé, sauf douleurs rhumatismales du côté droit seulement. Les règles normales durent deux à trois jours et sont peu abondantes. La malade n'a guère augmenté que de 10 kilogr. (Poids, 53 kilogr.)

En novembre 1885 Mlle P... allait très bien et partait pour la Russie.

14 juillet 1886. Douleur dans le bas-ventre et à droite.

Le Dr Blumenfeld constata l'existence d'une péritonite circonscrite autour de la cicatrice ombilicale.

Le 26. Ouverture de la collection purulente. Pus infect. On place un drain dans cette ouverture et l'état général s'améliore aussitôt. Pansement antiseptique.

21 septembre 1886. Rétablissement complet. Les règles arrêtées un mois, ont reparu sans accidents.

17 février 1887. Guérison définitive des abcès. Règles anormales, apparaissant jusque trois fois par mois et très abondantes.

24 mai. Règles abondantes, mais normales et régulières.

État général excellent.

L'examen des tumeurs enlevées et qui pesaient ensemble 200 gr. a été fait par M. Pillet, externe, élève du laboratoire du Dr Pouchet. A l'œil nu ces tumeurs forment une masse agminée de petits bourgeons pédiculés opalins ou rouges, donnant par la section un liquide presque clair.

Une coupe d'un de ces bourgeons y montre un revêtement de cellules épithéliales cylindriques, semblable au revêtement externe des kystes de l'ovaire et une charpente conjonctive. Dans le bourgeon le réseau conjonctif est grêle, à mailles larges, contenant des cellules allongées et quelques globules blancs.

Remarques, par M. Terrier. — Cette observation est une des plus intéressantes que nous ayons publiées ; il s'agit, en effet, d'un cas de végétations ovariennes ayant même envahi le fond de l'utérus et le petit bassin, si bien qu'on dut les gratter et les enlever avec l'ongle. Comme toujours dans ces cas il y avait de l'ascite.

Mais ce qui est intéressant c'est le développement successif d'une pleurésie et d'un abcès pelvien dans le cours de la convalescence de cette maladie. L'origine de cet abcès est fort difficile à déterminer ; il est cependant probable qu'il résulte d'une asepsie incomplète des fils utilisés pour lier les

pédicules des kystes. Quoi qu'il en soit, la malade guérit très bien et put au bout de seize mois faire un long voyage jusqu'en Bessarabie.

En juillet 1886, soit près de deux ans après l'opération, elle est prise d'accidents péritonitiques, un nouvel abcès se forme et s'ouvre à l'extérieur. La pathogénie de ce deuxième abcès est des plus obscures et il faut peut-être invoquer un développement tardif de microbes dans le premier foyer formé après l'opération. Enfin notons la persistance des règles malgré l'ablation des deux ovaires, ablation qui très certainement a été incomplète, car le pédicule du côté gauche a été fait en plein tissu ovarien; nous avons déjà insisté sur ce point dans un travail spécial (1).

22 mars 1889. Récidive en voie d'évolution. La malade présente sur la ligne médiane de l'abdomen, immédiatement au-dessus du pubis et plongeant dans l'excavation une tumeur un peu plus grosse que le poing débordant un peu à droite la ligne médiane et laissant libres les fosses iliaques. Cette tumeur est fluctuante et paraît immobilisée dans le petit bassin par des adhérences. Ponctionnée, elle donne issue à un 1/2 litre environ de liquide transparent, jaune brun, moussant, filant, visqueux. Par refroidissement ce liquide louchit et prend la teinte brunâtre, foncée des liquides kystiques. Examiné au microscope il présente de nombreux corpuscules arrondis et granuleux; on n'y trouve aucune cellule épithéliale suffisamment conservée pour pouvoir définir sa forme.

(1) Terrier. Rev. clin. à propos de l'infl. des ovariot. doubles sur la menstruation. In *Rev. chir.*, 1885, p. 953.

CONCLUSIONS

I. — Les végétations dans les tumeurs ovariennes sont de deux espèces principales : la forme glandulaire et la forme papillaire; elles sont intra ou extra-kystiques, parfois même elles constituent à elles seules presque toute la tumeur, mais quelle que soit leur constitution, elles sont toujours l'indice d'une active prolifération et dénotent un certain degré de malignité.

II. — L'aspect clinique des tumeurs végétantes de l'ovaire n'est pas celui des kystes ovariques ordinaires; ces néoplasmes présentent quelques particularités qui permettront peut-être à l'avenir d'établir le diagnostic avant toute tentative opératoire.

III. — Ces tumeurs ont une marche rapide et une grande tendance à la généralisation.

IV. — Cette tendance indique un pronostic grave pour la plupart des cas, il convient pourtant de faire quelques réserves relatives au pronostic de quelques rares tumeurs de ce genre.

V. — Il faut opérer le plus tôt possible afin de prévenir la généralisation et la récidive.

VI. — Nous croyons que l'extirpation hâtive de certaines de ces tumeurs peut donner des chances de guérison radicale.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE